

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

161

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eugène KIRALY

Né à Cluj (Roumanie), le 8 mai 1902
Interne de l'Hôpital de Rothschild

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LE

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES

GASTRO-DUODÉNALES AIGÜES

D'ORIGINE ULCÉREUSE

Président : M. HARTMANN, professeur.

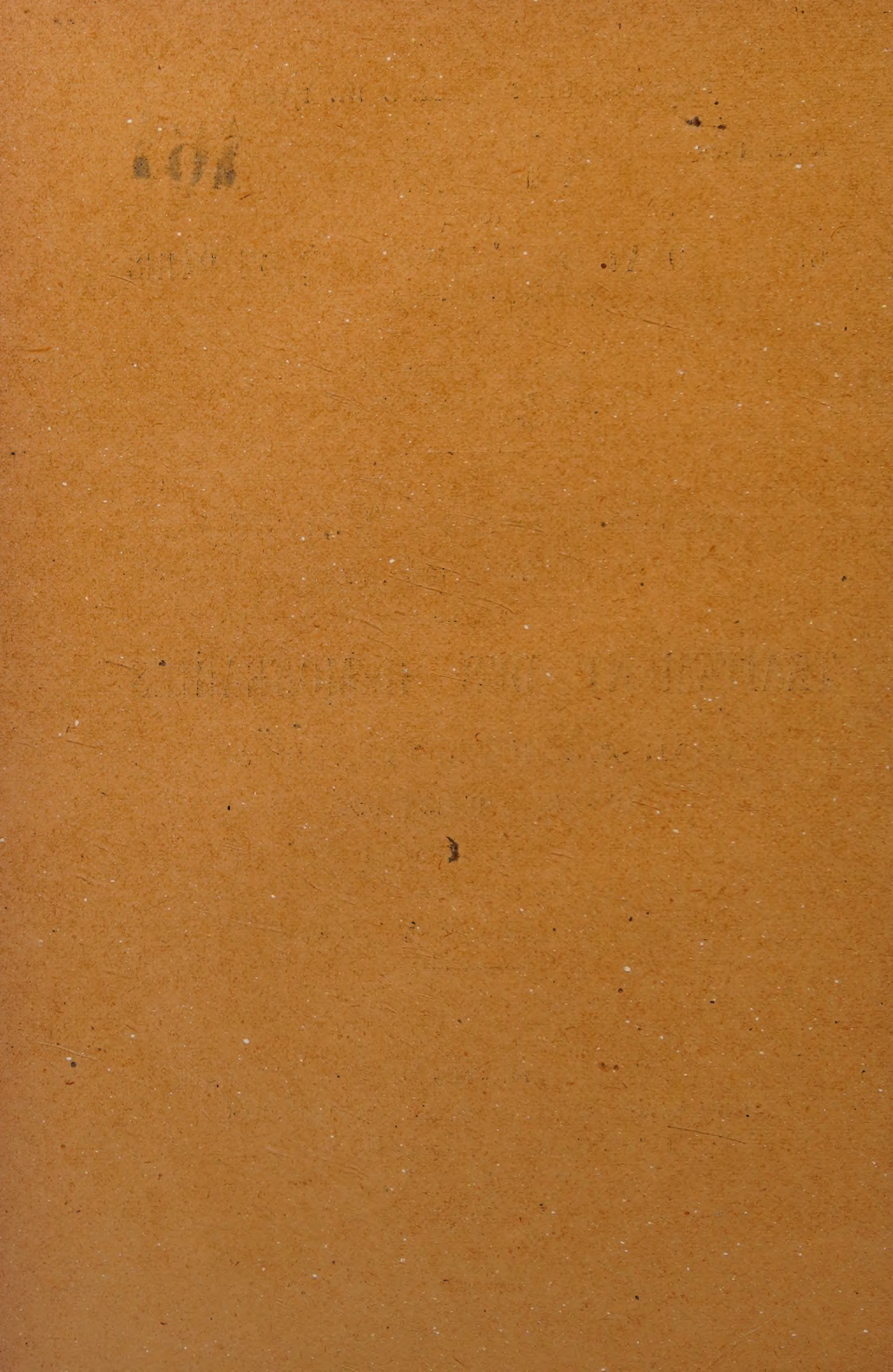
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eugène KIRALY

Né à Cluj (Roumanie), le 8 mai 1902

Interne de l'Hôpital de Rothschild

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LE

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES

GASTRO-DUODÉNALES AIGÜES

D'ORIGINE ULCÉREUSE.

Président : M. HARTMANN, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	YAUQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCO Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZÉLOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MÔNDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique
 N. Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale;

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma grande recon-
naissance,*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse.*

A M. LE PROFESSEUR LECÈNE

*Qui a bien voulu nous ouvrir son
laboratoire de Pathologie externe de
la Faculté.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR J. HERTZ

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

*Qui m'initia à la chirurgie et me
la fit aimer. Avec mes plus sin-
cères remerciements pour les en-
seignements qu'il m'a donnés.
Qu'il trouve ici le témoignage de
ma gratitude et de mon respec-
tueux attachement.*

A MM. LES DOCTEURS ZADOK-KAHN ET SCHWAAB

*En signe de respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR J. IACOBOVICI

Professeur de clinique chirurgicale
A la Faculté de Cluj, Roumanie

*Qu'il daigne trouver ici l'hom-
mage de ma respectueuse recon-
naissance.*

A M. LE PROFESSEUR V. PAPILIAN

Professeur d'anatomie à la Faculté de Cluj, Roumanie

*Qui a toujours manifesté à mon
égard la plus grande bienveillance,
en témoignage de mon respec-
tueux attachement.*

MEIS ET AMICIS

PLAN

- I. Introduction.
- II. Historique.
- III. Le diagnostic étiologique des hémorragies gastro-duodénales.
- IV. La classification clinique des hémorragies gastro-duodénales.
- V. Le pronostic des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse.
- VI. La proportion d'hémorragies mortelles au cours de l'évolution des ulcères gastrique et duodéal.
- VII. Les conditions d'apparition de l'hémorragie gastro-duodénale aiguë d'origine ulcéreuse.
- VIII. La possibilité de l'hémostase spontanée.
- IX. Les arguments des abstentionnistes.
- X. Les arguments du traitement chirurgical.
- XI. Valeur comparative des procédés opératoires employés.
- XII. Les statistiques opératoires publiées depuis 1920.
- XIII. Observations personnelles.
- XIV. Conclusions.
- XV. Bibliographie.

I

INTRODUCTION

Les ulcères gastrique et duodéal exposent à deux grandes complications brutales : la perforation et l'hémorragie grave.

Si, en cas de perforation, l'intervention d'urgence ne se discute pas, pour les hémorragies graves la question du traitement immédiat n'est pas encore résolue.

Après une courte période de tentatives chirurgicales, celles-ci ayant comporté une mortalité élevée, la plupart des auteurs se sont déclarés partisans du traitement médical qui paraissait efficace dans les 92-95 p. 100 des cas.

Mais depuis quelques années une réaction semble se produire, et elle s'appuie sur deux arguments : le premier est que la mortalité du traitement médical est en réalité plus élevée ; le second, que la lourde mortalité des premières interventions pour hémorragies gastro-duodénales aiguës était due d'une part à une technique défectueuse, d'autre part à ce que ces opérations étaient pratiquées trop tard, après avoir perdu un temps précieux avec le traitement médical inutilement prolongé et inefficace.

N'est-il pas cependant surprenant qu'en ce qui concerne les hémorragies provenant d'une des branches du réseau artériel de l'estomac, ouverte par un processus ulcéreux, la thérapeutique mise en œuvre habituellement passe, exception à la grande règle chirurgicale de l'hémostase directe, qu'on cherche à appliquer systématiquement ?

La question est à l'ordre du jour.

Les résultats encourageants obtenus ces dernières années dans le traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse, en France et à l'étranger, doivent inciter à réviser la question.

Le but de notre thèse sera de rechercher les arguments qui

peuvent pousser vers l'abstention opératoire ou vers l'intervention chirurgicale, et d'essayer de montrer que traitements médical et chirurgical ne s'opposent pas mais se complètent au contraire, car chacun a ses indications.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS LE
TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES
GASTRO-DUODÉNALES AIGÜES
D'ORIGINE ULCÉREUSE

II

HISTORIQUE

Les premiers essais de traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales graves remontent à la fin du siècle dernier.

Quelques chirurgiens encouragés par le progrès de la chirurgie abdominale ont tenté d'intervenir directement dans cette complication contre laquelle le traitement médical se montrait si souvent inefficace.

Von Eiselsberg, le premier, intervient en 1880 chez un homme de 40 ans pour des hématomés graves et du melaena abondant. Il ouvre l'estomac au thermo-cautère, résèque l'ulcère du versant postérieur de la petite courbure, mais son malade opéré en plein collapsus meurt aussitôt après l'intervention. L'autopsie montre une érosion de la branche droite de l'artère coronaire stomachique.

En 1882 une deuxième tentative est faite par Van-Kleef sur une malade en état d'anémie extrême. Il trouve un ulcère à la face antérieure du pylore et fait une pylorectomie. Sa malade guérit.

Mikuliez de Breslau est le premier qui ait conçu un plan opératoire pour le traitement chirurgical des hématomés profuses. De 1887 jusqu'à 1894 il est intervenu quatre fois par gastrotomie, cautérisation ignée et suture, et une fois par pyloplastie.

Sur ces 4 malades, 3 sont morts peu de temps après l'opéra-

tion, le quatrième qui a présenté un ulcère de la petite courbure avec érosion de la coronaire stomachique et chez lequel Mikulicz a réséqué l'ulcère, a guéri.

L'impulsion était donnée.

En 1897 Marion dans sa thèse pouvait déjà réunir 7 opérations et malgré la mortalité élevée (3 succès et quatre morts soit une mortalité de 57, 14 p. 100) s'est déclaré partisan de l'intervention précoce.

La même année le professeur Hartmann ajoute 2 cas nouveaux aux précédents, trouve que la mortalité opératoire sur ces 9 cas est de 66 p. 100. Après l'analyse de cette statistique si lourde d'insuccès, il conseille de s'abstenir de toute intervention chirurgicale dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales aiguës.

La même conclusion se dégage des discussions au Congrès Allemand de Chirurgie de 1897 où les rapporteurs Leube et Mikulicz, ce dernier interventionniste auparavant, conseillent l'abstention opératoire.

La proposition de Leube est la suivante :

1^o L'opération est indiquée dans les petites hémorragies répétées ;

2^o L'opération n'est pas indiquée en cas d'hémorragie profuse unique ;

3^o L'indication opératoire est relative pour les hémorragies graves répétées.

En 1898, Dieulafoy attire l'attention sur l'exulceratio simplex. Il se déclare partisan de l'intervention chirurgicale d'urgence chaque fois qu'une hématomèse atteint, ou à plus forte raison dépasse comme quantité un demi-litre à un litre. Son opinion ne fut pas adoptée.

La même année Savariaud réunit 15 cas dans sa thèse. Cette statistique compte 10 morts sur 15 opérés, soit une mortalité de 66 %.

Savariaud conclut que « après l'échec bien constaté du traitement médical, le malade devra être mis au plus tôt entre les mains du chirurgien ».

En 1900, deux nouvelles statistiques sont publiées : celle de Mayo Robson portant sur 42 cas avec une mortalité de 64,2 %, et celle de Rodman, englobant 32 cas avec une mortalité de 46,9 %.

Ces statistiques comportant une si lourde mortalité, ont fortement discrédité le traitement chirurgical des hémorragies gastroduodénales aiguës. La plupart des chirurgiens ont fini par renoncer complètement au bistouri en faveur du traitement médical.

En 1903 le professeur Hartmann revient sur la question et pense que l'opération est contre-indiquée dans la grande hémorragie gastrique sauf le cas où elle se produit chez un malade ayant des signes de sténose pylorique et des contractions stomacales violentes en même temps qu'une hématomérose.

Tuffier en 1905, ayant réuni 42 cas dans la littérature, trouve que la mortalité opératoire est de 35,7 %. D'accord avec Kocher, Rodman et Mayo Robson, Tuffier pense que le traitement médical est le seul qui doit être appliqué d'abord à une gastrorrhagie ulcéreuse, même très abondante, et l'intervention est uniquement réservée à celles qui lui résistent ; d'après ces auteurs il faut opérer après la deuxième hémorragie ou même pendant qu'elle se produit, au plus tard après la troisième.

Au Congrès Allemand de Chirurgie de 1906, Krönlein conseille également de recourir au traitement médical.

Le Congrès Français de Médecine de 1907 après le rapport de Castaigne et Dujarier, se prononce de même pour l'abstention opératoire. Il n'y a lieu, disaient les rapporteurs, de discuter les indications de l'intervention opératoire qu'après échec du traitement médical.

A la suite de ces discussions, la majorité des chirurgiens français et étrangers se rallia à l'abstention.

Il y a une dizaine d'années cependant, le traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse a repris un regain d'actualité sous l'impulsion de Finsterer. Cet auteur, et ensuite beaucoup d'autres, apportent dans ce sens des statistiques tout à fait favorables. Malgré les résultats intéressants publiés, la question reste encore très discutée.

Nous rapporterons au chapitre des statistiques opératoires récentes les opinions contemporaines.

III

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES HÉMATÉMÈSES AIGÜES

Après avoir établi que le sang vient bien d'une lésion des voies digestives, il reste à en déterminer la cause.

L'étude des antécédents est d'une importance capitale.

Il y a deux cas à envisager :

1^o Le malade a un passé dyspeptique ;

2^o L'hémorragie survient en l'absence d'antécédents dyspeptiques ;

1^o Le malade souffre de l'estomac depuis un temps plus ou moins long :

Dans la majorité des cas il s'agit des malades ayant des antécédents de dyspepsie ulcéreuse. L'ulcère doit être suspecté dans toute gastropathie qui à un moment donné a évolué sous le mode suivant : crises douloureuses, séparées par des rémissions. La fixité de l'horaire et du siège de la douleur sont caractéristiques pour l'ulcus.

A mesure que l'ulcère vieillit, les caractères de la douleur se modifient : l'horaire est moins net, la douleur tend à devenir permanente, elle est seulement plus accentuée après les repas.

Il convient donc d'étudier les antécédents minutieusement. Souvent la dyspepsie ulcéreuse s'est déjà accompagnée au cours de son évolution de une ou de plusieurs hématomatémèses. Le malade a déjà été traité médicalement ; les examens complémentaires ont démontré la présence de l'ulcus.

Il arrive également que le malade a déjà été opéré. Il se croyait guéri quand tout d'un coup une hématomatémèse grave survient ; ou bien après une période d'accalmie il recommence à souffrir, et au cours d'une crise douloureuse vomit du sang. Il faut savoir exactement le type d'opération qu'on lui a fait.

A-t-il subi une simple gastro-entérostomie, c'est probablement l'ulcère laissé en place qui continue à évoluer, ou un autre ulcus qui est apparu (ulcère peptique).

Il faut s'efforcer de déterminer autant que peut se faire le degré d'évolution de l'ulcère. S'agit-il d'un ulcère récent, d'un ulcère calleux, ou bien d'un ulcus pénétrant? Finsterer grâce à l'interrogatoire a pu poser le diagnostic ulcère pénétrant dans les deux tiers des cas, et ce diagnostic a été confirmé à l'opération.

Le diagnostic précoce de l'ulcère pénétrant accompagné d'hémorragies graves a une très grande importance; l'érosion d'un gros vaisseau extrapariétal est dans ces cas probable, et le traitement médical, toujours inefficace dans ces conditions, doit céder la place à l'opération précoce.

La symptomatologie clinique de l'ulcère pénétrant se confond avec celle des ulcères de l'estomac. Toutefois, un interrogatoire serré et une étude un peu poussée des antécédents permettront souvent de déceler ces ulcères pénétrants (Périgord) (1).

La symptomatologie est celle de l'ulcère calleux de l'estomac; mais elle revêt une acuité particulière; les crises paroxystiques deviennent de plus en plus rapprochées et de plus en plus violentes; la douleur est atroce, souvent fixe, continue, toujours plus constante, plus irradiée que dans l'ulcère non compliqué; fait important, ces douleurs sont devenues rebelles à la médication alcaline.

Dans quelques cas la douleur revêt une allure particulière, irradiant à la région dorsale, constituant la « douleur en broche »; lorsque l'ulcus est couvert par le pancréas, on observe des crises coelialgiques douloureuses extrêmement violentes, avec sensation de torsion et une irradiation dorsale vers la pointe de l'omoplate gauche.

L'ulcère pénétrant dans le foie se traduit également par l'acuité extrême de la douleur épigastrique.

La longueur de l'évolution et ces signes cliniques permettent souvent d'orienter le diagnostic dans le sens d'un ulcère pénétrant.

Dans certains cas l'ulcère s'accompagne de symptômes dys-

1. Périgord, *L'ulcère térébrant de l'estomac*. Thèse de Paris, 1926.

peptiques qui n'ont rien de caractéristique. En résumé, tout malade qui après un passé dyspeptique, présente une hématomèse grave, doit être considéré comme porteur d'un ulcère gastrique compliqué d'hémorragies.

Le cancer gastrique est aussi une cause fréquente de gastrorragies ; mais il donne plus souvent la petite hématomèse de sang noir que le vomissement de sang rouge. Les hémorragies graves sont rares au cours de l'évolution d'un cancer de l'estomac. Finsterer cependant a dû intervenir d'urgence dans trois cas. Hesse une fois. Nous rapportons également une observation personnelle.

2° L'hémorragie survient en l'absence d'antécédents dyspeptiques :

On éliminera facilement les gastrorragies traumatiques ; celles dues à une affection sanguine (leucémie, anémie pernicieuse, hémophilie, purpura), les grandes intoxications (par le phosphore et l'arsenic en particulier) ; les auto-intoxications (urémie, ictère grave) ; les gastrorragies dues aux troubles circulatoires chez les cardiaques.

Le diagnostic des ulcérations aiguës d'origine infectieuse par embolie microbienne, compliquées d'hémorragies, est en général facile.

Les fièvres éruptives de forme hémorragique seront également vite reconnues.

De même les gastrorragies des crises gastriques du tabès, est celles du pseudotabès seront facilement rapportées à leur véritable cause.

Les lésions du foie sont une cause fréquente de gastrorragies. Le diagnostic est évident quand il s'agit de cirrhotiques avérés. Il est à noter que l'hématomèse peut être la première manifestation d'une cirrhose latente.

Plus communes dans la cirrhose de Laennec, ces gastrorragies ont été observées aussi dans la cirrhose biliaire, dans l'angiocholite, dans la pyléphébite.

Une autre catégorie clinique de grandes hématomèses est d'origine splénique. Récemment Grégoire et P. E. Weill (1),

1. Grégoire et P.-E. Weill, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, juin 1928 et *Presse Médicale*, 37^e année, n° 24, 23 mars 1929.

Léobardy (1), et plusieurs auteurs américains ont consacré des études intéressantes à ce syndrome.

Bien souvent dans les maladies de la rate et en particulier dans les splénomégalias chroniques primitives, l'hémorragie gastrique est un symptôme révélateur.

Léobardy rattache cette forme à la splénomégalie du type « maladie de Banti » et constate que la splénectomie donne souvent la guérison définitive, en tout cas, fait disparaître les complications, les hématoméses en particulier. Une intervention sur l'estomac serait néfaste. L'erreur est facile à éviter si l'on pense à percuter la rate et rechercher la splénomégalie.

Certaines lésions vasculaires localisées à l'estomac peuvent s'accompagner de gastrorragies abondantes, ainsi l'artériosclérose de l'estomac (Boas), les anévrismes miliaries (Gallard), les varices de l'estomac (Stadelmann), les nævi vasculaires.

Dernièrement Delore, Comte et Labry (2) sous le nom d'estomac vasculaire pulsatile, ont publié deux observations, où les gastrorragies étaient liées à une vascularisation anormale de l'estomac, caractérisée par la dilatation des artères qui étaient énormes, serpentine, battant violemment. En présence de ces cas les auteurs conseillent le traitement chirurgical, lequel consistera en ligatures multiples des vaisseaux de l'estomac.

Une troisième observation d'estomac vasculaire pulsatile a été peu de temps après publiée par Pietri (3).

Une affection caractérisée par des hématoméses graves, et due à la perméabilité anormale des vaisseaux de l'estomac, sans la moindre altération de la muqueuse, a été désignée par Withe (4) sous le nom de gastro-taxis. Sutherland (5) à la base de 22 observations, a affirmé la bénignité de cette affection. Comme le gastrotaxis ne s'observe que chez les femmes entre 20 et 40 ans, plusieurs auteurs pensent qu'il est sous la dépendance de la menstruation.

Une autre cause intéressante pour le diagnostic est ce que Dieulafoy (6) appelait l'exulcération simplex. Dans quelques

1. Léobardy, *Splénopathies cliniquement primitives avec syndrome digestif rapidement mortel*. Thèse de Paris, 1921.

2. Delore, Comte et Labry, *Presse Médicale*, Paris, 1926, t. 34, p. 83.

3. Piétri, *Il Polinictinico*, sez. prat., an 33, fasc. 19, 10 mai 1926.

4. Withe, *Brit. Med. Journal*, 1910, juin.

5. Sutherland, *ref. Hildebrands Jahresber. f. chir.*, 1910.

6. Dieulafoy, *Clin. Med. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1897-1898, tome II.

cas où de grandes hémorragies gastriques étaient survenues sans ulcus, Dieulafoy a trouvé une petite ulcération aiguë et récente, à peine apparente, mais ayant néanmoins corrodé un vaisseau. La nature de cette exulcération, ses rapports avec le développement ultérieur d'un ulcère sont encore très mal précisés.

Cliniquement les faits se présentent avec une remarquable uniformité : absence de signes gastriques antérieurs, la brutalité et l'extrême abondance des hématomèses, et, souvent, aussi un petit mouvement fébrile précédent et suivant l'hématémèse, comme pour prouver son origine toxi-infectieuse.

Il s'agit en général de sujets jeunes, de 18 à 25 ans.

C'est pour ces malades que Dieulafoy n'hésitait pas à réclamer une intervention chirurgicale d'urgence.

La pathogénie de ces accidents, fort discutée, reste obscure. On a actuellement tendance à rapprocher l'exulceratio simplex des ulcérations aiguës d'origine infectieuse.

Au Congrès de Médecine de 1907, Castaigne et Dujarier ont formellement contre-indiqué l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre. Cette attitude abstentionniste prévaut encore actuellement. Le plus souvent en effet l'exulcération est impossible à repérer et l'opération devient un désastre.

Un ulcère jusque-là latent peut révéler sa présence par une hémorragie grave. Il s'agit en général d'ulcère jeune.

Les tumeurs bénignes de l'estomac peuvent exceptionnellement s'accompagner d'hémorragies graves. Deaver a rapporté l'histoire d'un malade atteint d'un myome de l'estomac et qui est mort à la suite d'une hématomèse très abondante.

En cas de melæna abondant

A côté des grandes hématomèses suivies le plus souvent de melæna, il est d'autres cas où l'on constate uniquement un melæna considérable, et où, par là-même, on pense avant tout, à un ulcus duodénal.

S'ils s'agit d'un malade ayant un passé de dyspepsie ulcéreuse, le diagnostic d'ulcère duodénal saignant s'impose.

En cas d'absence d'antécédents nets, le diagnostic devient hésitant. Toutefois, un melæna brusque et abondant, survenu chez un homme jeune, jusque-là bien portant, apyrétique, doit

faire penser avant tout à un ulcère duodénal latent. Balfour (1) note que l'hémorragie est le symptôme révélateur dans les 10 pour 100 des cas environ.

La cause de l'hémorragie aiguë d'origine duodénale n'est pas toujours l'ulcère chronique. Gur (2) signale dans sa thèse deux cas d'ulcérations multiples siégeant sur la première portion.

Il peut même exister des hémorragies duodénales en dehors de tout processus ulcératif, dit P. Duval (3). Il existe peut-être dans ces cas une petite ulcération cachée entre les plis de la muqueuse, et qui passe inaperçue.

Dans d'autres cas ce sont les ascaris qui sont en cause. Zweig (4) a opéré deux fois des malades avec le diagnostic d'ulcus duodénal, dont les hémorragies intestinales étaient simplement dues à des ascaris.

Les hémorragies d'origine duodénale seront à distinguer des hémorragies des premières portions du jéjunum. Singer (5) a rapporté un cas d'ulcère tuberculeux du jéjunum qui s'était traduit par des hématomèses et du melæna.

Les hémorragies d'origine colique, rectale et anale seront en général faciles à distinguer quand le tableau clinique est suffisamment net.

Cette simple énumération étiologique des hémorragies gastro-duodénales montre que le diagnostic d'ulcère pourra être difficile à poser, surtout avec un malade anémié, répondant mal aux questions qu'on lui pose.

Haudek (6) lors d'une discussion à la Société de Médecins de Vienne (séance du 3 novembre 1922) a communiqué les résultats de ses examens radiologiques pratiqués chez des malades qui avaient présenté quelque temps auparavant des hémorragies gastro-duodénales graves.

Ces examens n'ont confirmé le diagnostic d'ulcère que dans 50 p. 100 des cas. Dans l'autre moitié des cas, où l'examen radiologique était resté négatif, il s'agissait presque sans excep-

1. Balfour, *The Journal of the Am. med. Ass.*, n° 20, 12 nov. 1927.

2. Gur, *Les hémorragies aiguës au cours des ulcères et des ulcérations de l'estomac et du duodénum*. Thèse de Paris, 1921.

3. P. Duval, Soc. de gastro-entérologie de Paris. Séance du 11 février 1924.

4. Zweig, *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1918, n° 22.

5. Singer, *Med. Klin. Wochenschr.*, 1918, n° 46.

6. Haudek, *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1922, n° 46, p. 907.

tion des malades chez qui l'hémorragie profuse était survenue inopinément, sans antécédents dyspeptiques.

La recherche des antécédents de dyspepsie ulcéreusé est par conséquent le temps capital de l'interrogatoire. L'absence de ces antécédents ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'ulcère ; nous savons en effet la fréquence des ulcères dont la première manifestation est une hémorragie grave ; toutefois c'est chez de tels malades qui n'ont aucun passé gastrique, qu'il faut être prudent et hésiter à poser chez eux hâtivement l'indication opératoire. Les causes d'erreur sont en effet très nombreuses dans ces cas, et on risque de s'attaquer à la manifestation gastrique d'une maladie générale ou à la répercussion stomacale d'une affection hépatique latente ou splénique.

IV

LA CLASSIFICATION CLINIQUE DES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES

Une hémorragie gastro-duodénale se manifeste par des hématomèses et du melaena.

1^o Hématémèses.

Mikulicz a proposé de diviser les hématomèses en deux catégories : les hématomèses aiguës très profuses, et les petites hématomèses récidivantes.

La division française des hémorragies gastro-duodénales en foudroyantes, aiguës et chroniques, s'approche davantage de la complexité des faits cliniques.

Forme foudroyante. — Un individu ressent une angoisse soudaine, une plénitude de l'estomac, il pâlit et tombe en rendant des flots de sang. La mort survient en quelques minutes. Exceptionnellement l'hémorragie peut être si brusque et si considérable que le malade meurt avec les signes de l'hémorragie interne sans expulser du sang par la bouche, ni par l'anus. Plus souvent une première hématomèse qui a jeté le malade dans un état syncopal, s'arrête, une seconde ou une troisième le tue quelques minutes plus tard.

Forme aiguë. — L'hémorragie gastrique quoique considérable, n'est pas immédiatement fatale. Si elle est unique on ne se reproduit qu'après une période assez longue, la guérison s'effectue. Si au contraire elle se reproduit à bref intervalle, elle peut entraîner la mort.

Signalons que l'hémorragie produit souvent une sédation remarquable des phénomènes douloureux.

Forme chronique. — Les hémorragies peu abondantes ne

deviennent graves que parce qu'elles se répètent et qu'on ne parvient pas à les arrêter.

2° Melaena.

Nous pouvons également considérer trois formes.

Forme foudroyante. — Parfois l'hémorragie ne se traduit que par des signes généraux, le sang demeurant dans l'intestin. Le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie.

Forme aiguë. — Plus souvent le tableau clinique est moins dramatique. Le malade est pris d'abord d'une faiblesse accompagnée de cuisson douloureuse du ventre et de coliques ; puis, saisi d'un besoin irrésistible d'aller à la selle, il émet par l'anus une quantité abondante de sang rouge, rutilant, en partie coagulé. Le saignement peut persister et la mort survenir dans le collapsus algide ; mais le plus souvent l'hémorragie se ralentit et s'arrête en quelques jours, laissant le malade anéanti.

Forme chronique. — Les petites hémorragies occultes qui constituent un symptôme si important, deviennent parfois plus manifestes quoique peu abondantes à la fois, elles peuvent conduire le malade à un état d'anémie grave, par leur persistance et leur répétition.

Les formes foudroyantes des hémorragies gastro-duodénales, échappent en général à toute tentative thérapeutique.

Le traitement des formes chroniques est réglé ; personne ne conteste plus la supériorité du traitement chirurgical, mais il n'y a naturellement aucune indication d'urgence.

Nous ne nous occuperons dans notre travail que des hémorragies gastro-duodénales aiguës, graves à la fois par leur abondance et leur répétition, et que le traitement médical n'arrive pas toujours à juguler ; elles menacent directement la vie du malade, et si l'on envisage une intervention, ce sera une opération précoce et même d'urgence parfois.

LE PRONOSTIC DES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES D'ORIGINE ULCÉREUSE

La gravité de ces hémorragies dépend de deux facteurs : leur abondance et leur répétition.

10 L'abondance de l'hémorragie.

Dieulafoy et récemment Cazin, tirent la principale indication opératoire de l'abondance de la première hémorragie. « Tout malade, disent ces auteurs, qui vomit d'un seul coup et d'emblée un demi-litre de sang et plus encore, doit être opéré d'urgence. »

La plupart des auteurs sont cependant unanimes à reconnaître que l'abondance de la première hémorragie n'a pas la valeur pronostique qu'ont voulu lui attribuer Dieulafoy et Cazin.

Parce que :

a) L'abondance de l'hémorragie dans l'immense majorité des cas ne peut pas être mesurée [Hayem (1)]. L'évaluation du malade et de l'entourage impressionnés, n'a aucune valeur. La présence de débris alimentaires est une autre cause d'erreur. Le melaena qui accompagne l'hémorragie, et qui se prolonge pendant quelques jours, ne peut pas être mesuré non plus.

b) Une hémorragie peut être d'abondance inquiétante, laisser après elle un tableau clinique alarmant en apparence et, cependant si elle ne se renouvelle pas, laisser au malade la possibilité de réparer l'anémie et de guérir.

1. Hayem, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. 39, 1898.

c) Tuffier (1) remarque que l'abondance de l'hémorragie étant sans relation avec le calibre du vaisseau ouvert, n'indique pas que l'hémostase spontanée est impossible.

Tuffier signale que dans 17 observations de lésions de l'artère splénique, ce gros vaisseau si souvent ouvert par l'ulcère, que la mort fut foudroyante seulement trois fois, qu'elle survint en 24 à 48 heures sept fois, et qu'elle n'arriva qu'au bout de plusieurs jours dans le reste des cas (17 jours dans un cas de Litten).

Dans le cas de Grünfeld (2) la mort ne survint que le 10^e jour, malgré une perforation lenticulaire de l'aorte, consécutive à un ulcère duodénal.

2^e La répétition de l'hémorragie.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que la répétition des hémorragies aiguës à intervalles rapprochés malgré le traitement médical sévère, est d'une grave signification. Dans ces cas la plupart des malades traités médicalement succombent.

L'apparition d'une deuxième, et à plus forte raison d'une troisième hémorragie à bref intervalle, atteste l'échec du traitement médical.

L'arrêt de la première hémorragie ne peut pas être inscrit dans ces cas sur le compte du traitement médical. L'état syncope et l'hypotension marquée, consécutifs à la grande déperdition du sang, favorisent la formation du caillot. Le fait même que la tension une fois remontée, l'hémorragie réapparaît, prouve l'inefficacité des soins médicaux.

Dans d'autres cas, le caillot est suffisamment organisé pour résister à la pression artérielle, mais il est vite digéré par le suc gastrique hyperacide.

La plupart des chirurgiens, même ceux qui sont peu enclins à intervenir dans cette complication des ulcères gastrique et duodénal, considèrent la répétition de l'hémorragie à intervalles rapprochés, comme une indication opératoire.

1. Tuffier et Jeanne, *Revue de Chir.*, 1905.

2. Grünfeld, cité par Finsterer, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. 158, 1920.

En résumé, au cours, ou immédiatement après une hémorragie gastro-duodénale aiguë, il n'y a aucun signe clinique immédiat qui puisse permettre de prévoir l'évolution. Abstraction faite des cas, où une hémorragie d'emblée très abondante se produit chez un malade porteur probable d'un ulcère pénétrant et, chez qui on est en droit de soupçonner l'ulcération d'un gros vaisseau extra-pariétal, on se trouve dans l'impossibilité d'affirmer avec certitude quelle est la lésion anatomopathologique qui conditionne l'hémorragie au moment où elle se produit.

Il y a — disent Delore et Girardier — des dissociations fréquentes entre la gravité clinique apparente des hémorragies et leur évolution réelle. Rien n'autorise à affirmer le degré de gravité d'une hémorragie sinon son évolution.

On peut dire, sans paradoxe, que c'est l'efficacité plus ou moins grande du traitement médical dûment appliqué qui permet en définitive de juger cliniquement de la gravité réelle d'une hémorragie.

*L'importance des signes cliniques et des examens
de laboratoire dans l'évaluation du pronostic.*

Le faciès, le degré de décoloration des téguments et des muqueuses, ne sont que des éléments de pronostic d'une valeur relative.

La fréquence de la respiration serait pour Piccinini (1) un bon indice de la déficience d'irrigation bulbaire par suite de l'hémorragie.

L'accélération progressive du pouls malgré le traitement médical, associée à la chute progressive de la tension artérielle, indique la persistance ou la répétition de l'hémorragie à intervalles rapprochés.

La numération des globules rouges ne peut servir de guide comme le montre Dieulafoy (2), dont un malade a guéri alors qu'il n'avait plus que 630.000 globules rouges, tandis qu'un malade de Lépine a succombé alors qu'il avait 1.300.000 globules.

Le taux de l'hémoglobine serait un indice plus fidèle. D'après

1. Piccinini, *Il Policlinico*, fasc. 26, 1924.

2. Dieulafoy, *Path. interne*, 1908, t. II, p. 303.

François (1) il devient dangereux d'opérer des malades ayant un taux au-dessous de 50 p. 100.

Le pronostic des hémorragies ulcéreuses fébriles.

Certaines hématoméses sont fébriles. Dès 1890 Riegel signalait le fait.

Soupault (2) pense que le pronostic est plus grave dans ces cas, parce qu'il existe presque toujours, associées à la rupture vasculaire, cause de l'hémorragie, des lésions péritonéales plus ou moins graves, parfois des péritonites importantes.

Lorenz (3) en 1912 consacre une étude intéressante à la question des ulcères fébriles compliqués d'hémorragie.

Delbet (4) a tendance à rapprocher les hémorragies gastriques accompagnées de fièvre aux hémorragies secondaires par infection, et propose pour ces cas la vaccinothérapie par le propidon.

Pierre Duval (5) J. Ch. Roux et Moutier attribuent également un rôle important à l'infection dans la genèse de certaines hémorragies gastro-duodénales ulcéreuses.

Fèvre (6) dans sa thèse inspirée par P. Duval; constate que les hémorragies fébriles ont souvent une origine infectieuse qu'on doit soupçonner :

- a) Quand la fièvre précède l'hémorragie ;
- b) Quand l'élévation de température persiste longtemps après que le malade a fini de saigner ;
- c) Quand on constate des crochets trop élevés pour une fièvre de résorption ;
- d) Quand l'hémorragie est suivie d'une fièvre ascendante, et tend à masquer une poussée infectieuse terminée par la perforation.

Le pronostic est grave dans ces cas. J. Ch. Roux (7) a rap-

1. François, *loco citato*.

2. Soupault, *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1906, p. 241.

3. Lorenz, *Über Fieber bei ulcus ventriculi*. Berlin, 1912.

4. Delbet, *Revue de Chir.*, 1925, n° 1.

5. P. Duval, J. Ch. Roux et Moutier, *Presse Médicale*, 1925, n° 1, p. 3.

6. Fèvre, *L'infection dans les ulcères chroniques gastro-duodénaux*. Thèse de Paris, 1927.

7. J. Ch. Roux, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 16, n° 1, janv. 1926.

porté deux observations avec évolution mortelle au milieu de phénomènes péritonéaux.

La question de l'intervention chirurgicale en cas d'hémorragies ulcéreuses aiguës avec poussée infectieuse, n'est pas encore résolue. Opérer en terrain infecté peut être la cause des pires désastres.

Grégoire (1) conseille de surseoir dans ces circonstances à toute opération qui ne comporte pas une indication d'urgence indiscutable.

Hémorragie aiguë et perforations simultanées.

L'hémorragie est un élément d'aggravation. La seule chance de salut ne peut être que l'intervention immédiate.

Nous avons recueilli dans la littérature récente quelques observations. Le malade de Patel et Mallet-Guy est mort sans opération (Soc. Nationale de médecine et des sciences méd. de Lyon, séance du 17 oct. 1923).

Le malade de Pototsching a été opéré une heure après la perforation ; résection gastro-duodénale, Péan-Billroth I pour ulcère pylorique pénétrant et perforé ; guérison (*Archivio Italiano di chirurgia*, t. 19, fasc. 4, sept. 1927).

Finsterer a rapporté deux observations (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1922, n° 47) avec une mort et une guérison.

Dans le cas favorable, la perforation spontanée, sans le moindre traumatisme opératoire, s'était produite au moment de l'intervention.

Finsterer signale encore deux cas personnels terminés par la mort à cause de l'opération tardive.

Le même auteur a relevé les statistiques de quatre grands hôpitaux de Vienne ; il trouve sur 1262 décès par ulcère gastrique et duodénal 301 cas de perforation, 190 cas d'hémorragies mortelles et 11 cas où il y avait coexistence de perforation et d'hémorragie grave.

Finsterer remarque que du fait que la perforation siège le plus souvent à la paroi antérieure du pyloro-duodénum, là où l'érosion d'un gros vaisseau n'est pas à craindre, la coexistence de ces deux complications est relativement rare.

1 : Grégoire, *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*. Paris, Séance du 10 février 1926.

Toutefois il est nécessaire d'exercer une surveillance étroite et intervenir d'urgence à la moindre menace de perforation. Surtout quand l'hémorragie est suivie d'une fièvre ascendante et tend à masquer une poussée infectieuse, prélude d'une perforation, on doit être mis en garde contre cette seconde complication grave dont le tableau clinique peut être très émoussé chez ces malades anémiés et dépourvus de toute force de réaction.

VI

LA PROPORTION D'HÉMORRAGIES MORTELLES AU COURS DE L'ÉVOLUTION DES ULCÈRES GASTRIQUE ET DUODÉNAL.

Ulcère gastrique :

Muller admet une mortalité de 11,6 p. 100.

Debove et Rémond après l'étude de 100 cas disparates arrivent au chiffre de 5 p. 100.

Joy (1) en 1902 trouve 8 p. 100.

Bramwel (2) en 1902 présente une statistique basée sur 156 observations avec une mortalité par hémorragie de 1,28 p. 100.

Mansell (3) Moullin sur 500 malades hospitalisés au « London Hospital » de 1897 à 1902, trouve 13 cas de mort par hématomèse, soit 2,5 p. 100. Parmi les malades sortis guéris, 211 ont pu être retrouvés, 12 p. 100 avaient eu des récidives, plusieurs sont morts d'hémorragie. Mansell-Moullin pense que parmi les 200 non retrouvés, la proportion des récidives doit être identique.

Tuffier et Jeanne (4) en 1905 admettent une mortalité de 8 p. 100.

Castaigne et Dujarier, rapporteurs au Congrès Français de Médecine de 1907, donnent un pourcentage de 5 à 8 p. 100.

Bamberger (5) donne 5 p. 100 de mort par hémorragie sur

1. Joy, *Med. News*. New-York, 1902, LXXVI.

2. Bramwell (*Clinical studies*, vol. I. Part. III, avril 1903).

3. Mansell-Moullin (*Bulletin de la société clinique de Londres*, vol. XXXVI, 1903) et Thèse François, Bordeaux, 1927.

4. Tuffier et Jeanne, *Revue de Chirurgie*, 1905.

5. Bamberger, cité par Bohmansson (*Acta chir. Scandinavica*, vol. LX supplémentum, VII, 1926 et in these François Bordeaux, 1927.

218 cas d'ulcère et il ajoute que le traitement médical échouerait dans 28 p. 100 des cas.

Gruber (1) a noté sur 408 autopsies d'ulcère gastrique, 15 morts par hématoméses, soit 3,6 p. 100.

Dietrich (2) a trouvé en trois ans, sur 99 autopsies d'ulcère gastrique, 4 morts par hémorragie.

Paws (3) de Christiania sur 83 autopsies d'ulcère gastrique trouve 3 morts par hémorragie aiguë unique soit 4 p. 100 et 7 morts par hémorragies profuses répétées, soit 12 p. 100.

Hurst (4) ayant relevé les statistiques de 10 ans de Guy's Hospital note que sur 600 malades atteints d'ulcus gastriques ou duodénal, 23 sont morts pour hémorragie en l'absence de cirrhose hépatique, soit une mortalité de 3,8 p. 100.

Paterson (5) évalue la mortalité de ces grandes hémorragies à 3,8 p. 100.

Moynihan (6) a relevé les cas d'ulcère gastrique et duodénal morts à « Leeds Infirmary » pendant les dix ans compris entre 1910 et 1921 inclusivement. Parmi les ulcères gastriques, il y avait 14 chez lesquels la mort survint par hémorragie ; 13 décès furent causés par un ulcus chronique et un seul par un ulcère aigu, et encore ce dernier apparut pendant la phase ultime d'une vieille affection cardiaque.

Finsterer (7) qui a relevé les statistiques de quatre grands hôpitaux de Vienne trouve que pendant dix ans 1262 cas de mort sont survenus à la suite d'un ulcère gastrique. Dans 190 de ces cas, la mort était due à des hémorragies profuses (15 p. 100).

Bulmer (8) a présenté une intéressante statistique sur les hématoméses, portant sur 526 cas qui sont présentés en général Hospital de Birmingham de 1902 à 1926.

Sur ces 526 cas il y eut 67 morts et pour 53 le diagnostic a été vérifié.

1. Gruber, *Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, 1913, t. XXV.

2. Dietrich, *Münchener med. Wochenschr.*

3. Paws, *Berliner Klin Wochenschr.*, 1912, n° 9.

4. Hurst, *The Lancet*, t. CCVI, n° 5257, 31 mai 1924.

5. Paterson, *Proceedings Royal med. soc.*, London, 1924, t. XVII, sect. chir.

6. Moynihan, *L'ulcère gastrique et duodénal*. Traduction de Pauchet, Paris, 1924.

7. Finsterer, cité par Hesse, *Deutsche med. Wochenschr.*, t. 52, n° 15, 1926, p. 620.

8. Bulmer, *The Lancet*, t. 213, n° 5421, 23 juillet 1927.

Dans 467 cas il s'agissait d'affection ulcéreuse de l'estomac, c'est-à-dire :

1^o 218 cas d'ulcères aigus avec 19 morts. Chez l'homme, les hémorragies surviennent entre 16 et 55 ans ; la mortalité est de 16 p. 100, et va en croissant avec l'âge. Chez la femme elles surviennent le plus souvent de 16 à 30 ans, mortalité de 8,7 p. 100.

2^o Ulcères chroniques : 249 cas. La mortalité est de 11,6 p. 100 en moyenne; 16,8 p. 100 chez les hommes, 8,7 p. 100 chez les femmes.

Bulmer cite également des cas de mort par hématoméso au cours de cancer de l'estomac.

Bulmer pense que la mortalité par hémorragie gastro-duodénale croît avec l'âge.

Ulcère duodénal.

D'après Moynihan l'hémorragie aiguë d'un ulcère duodénal est d'une grave signification et plus sérieuse que celle de l'ulcère gastrique.

Gruber sur 135 cas d'autopsie d'ulcère du duodénum trouve 5 morts par hémorragie, soit 3,7 p. 100.

Dietrich en trois ans sur 35 autopsies d'ulcère duodénal a trouvé quatre fois l'érosion mortelle d'un gros vaisseau (11 p. 100).

Pavs sur 22 autopsies d'ulcère du duodénum trouve 3 morts par hémorragies profuses (13,6 p. 100).

Moynihan sur 12,9 cas d'ulcère duodénal note 12 morts par hémorragie (9,3 p. 100); il s'agissait toujours d'ulcère chronique.

Pour éviter toute confusion, nous devons ajouter que les chiffres précédemment donnés n'expriment pas la mortalité du traitement médical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse, mais la proportion d'hémorragies mortelles au cours de l'évolution de l'ulcère gastrique et duodénal.

Nous tenons à insister sur ce fait pour éviter toute erreur d'interprétation dans la lecture de ces statistiques. Cette erreur a été commise par quelques auteurs.

VII

LES CONDITIONS D'APPARITION DE L'HÉMORRAGIE GASTRO-DUODÉNALE AIGUË D'ORIGINE ULCÉREUSE

1^o Ulcération d'un gros tronc artériel.

Savariaud a recherché la source des hémorragies mortelles. Sur 47 cas il a trouvé l'artère splénique 17 fois, et l'artère coronaire stomachique, 6 fois.

Gur sur 93 cas a relevé que l'érosion siégeait 7 fois sur la coronaire stomachique, 2 fois sur la gastro-épiploïque, 2 fois sur la pancréatico-duodénale, 1 fois sur la splénique, 2 fois sur la gastro-duodénale a été ouverte par l'ulcère.

François sur 188 observations qu'il rapporte, note que l'artère coronaire stomachique ou ses branches principales sont le plus souvent atteintes (18 fois); viennent ensuite la pancréatico-duodénale (10 fois); la gastro-épiploïque droite ou gauche (3 fois); des branches pancréatiques (2 fois); la splénique (1 fois); la colique moyenne (1 fois).

Les vaisseaux érodés par l'ulcère duodénal sont par ordre de fréquence : la pancréatico-duodénale, gastro-duodénale, pylorique, gastro-épiploïque droite, hépatique, aorte.

Collin dans sa thèse (*Ulcère du duodénum*, Paris, 1894) signale deux cas d'hémorragie mortelle par érosion de l'aorte et un cas par ouverture de l'artère hépatique. Il trouve que sur 34 cas la pancréatico-duodénale a été intéressée 12 fois, la gastro-épiploïque droite 3 fois.

L'hémorragie d'origine veineuse est plus rare. Savariaud sur 47 cas, n'a trouvé que 4 hémorragies veineuses (coronaire stomachique : 2; autres veines : 2).

Collin dans sa thèse ne signale que 3 cas d'hémorragies mor-

telles d'origine veineuse (veine porte 2 fois, la veine mésentérique supérieure 1 fois).

Le Roy des Barres (1) a signalé un cas personnel d'hémorragie mortelle par érosion de la veine porte.

La rupture ulcéralive d'une artériole est due à un ulcère jeune ou à une ulcération aiguë, dans la majorité des cas. Plus rarement il s'agit de l'ouverture d'une artériole siégeant à la périphérie d'un ulcus calleux.

Suintement sanguin en nappe de la muqueuse gastrique, sous l'influence d'une hyperhémie inflammatoire, liée à la présence d'une gastrite ulcéreuse.

Pour Pauchet, cette gastrite hémorragique aurait pour point de départ des lésions spléniques et hépatiques, elles-mêmes dues à la cholécystite et surtout à l'appendicite.

Moynihan a insisté sur les gastrorragies d'origine vésiculaire, sans lésions pariétales externes, par simple congestion de la muqueuse.

1. Le Roy des Barres, *Bull. de la Soc. Med. chir. de l'Indochine*, t. 4, n° 6, juin 1913.

VIII

LA POSSIBILITÉ DE L'HÉMOSTASE SPONTANÉE

En cas d'ulcère récent et ulcérations aiguës, les bords sont encore souples ; seule la sous-muqueuse est atteinte ; les vaisseaux érodés sont en général de petit calibre, ils peuvent se rétracter facilement dans la sous-muqueuse, ce qui amène l'arrêt de l'hémorragie.

C'est pour cette raison, disent Mikulicz et Deaver que les hémorragies par ulcère aigu ne sont presque jamais mortelles. Finsterer est du même avis (1).

La souplesse de la région malade, l'abaissement de la tension artérielle avec souvent état syncopal, permettent la formation du caillot, mais l'organisation de celui-ci peut être compromise par les mouvements péristaltiques de l'estomac, surtout quand il y a spasme pylorique concomitant ; l'augmentation de la tension artérielle facilite également le détachement du caillot.

Toutefois nous devons remarquer que dans ces cas il existe une tendance manifeste et des possibilités réelles à l'hémostase spontanée. Le traitement médical est un adjuvant utile, et donne le plus souvent de bons résultats. Finsterer pense que la plupart de succès inscrits pour le compte du traitement médical, concernent des ulcères récents et des ulcérations.

Ulcus chronique.

Dans les ulcères chroniques, dit Payer, l'hémostase est favorisée par les altérations de l'endartère et, presque toujours il

1. Finsterer note que sur 131 cas d'hémorragie mortelle, il ne s'agissait que deux fois d'érosion, dans les autres cas, d'ulcère.

existe une oblitération partielle ou totale de la lumière vasculaire, par le processus endartéritique.

Or, le fait même que les ulcères calleux peuvent s'accompagner d'hémorragies plus ou moins abondantes, prouve que ce processus d'oblitération n'atteint pas tous les vaisseaux.

F. Ramond (1) remarque que malgré que la panartérite soit accentuée, quelques artéριοles cependant ne sont atteintes que de péri-artérite ; et leur section inflammatoire peut aboutir à des hémorragies d'autant plus abondantes et rebelles que les parois fibreuses, ayant perdu leur élasticité, restent béantes, malgré l'emploi de tous les vaso-constricteurs thérapeutiques.

Une autre condition défavorable à l'hémostase spontanée consiste dans la section incomplète du vaisseau avec ouverture latérale. Il est classique d'admettre que cette disposition s'oppose à l'hémostase spontanée, ou du moins ne la favorise pas.

Le fait que cette hémorragie se produit dans un organe creux, mou, élastique, contractile, sécrétant, ne permet pas à espérer que l'épanchement sanguin se limitera lui-même par son abondance, par sa tension, en comprimant le vaisseau qui saigne.

Ce dernier argument est plus théorique que réel, et il ne conserve pas sa valeur pour les hémorragies gastriques graves, comme nous le verrons au chapitre du traitement chirurgical (opérations de dérivations).

Même si le caillot obturateur a pu se former, il est exposé non pas seulement à se détacher lors de la reprise de la tension artérielle, mais aussi à être digéré par le suc gastrique hyperacide. Le jeu de l'oblitération provisoire de l'artère par thrombose et de sa réouverture par la reprise de la tension, ou la digestion du caillot s'est montré dans 9 cas sur 15 dans une statistique de Finsterer, où l'hémorragie s'est renouvelée avec la même gravité après 2 à 4 jours d'interruption.

Mulleder (2) a pu constater la digestion du caillot à l'intervention.

La septicité du milieu constitue une autre condition défavorable à l'hémostase spontanée. Le rôle de l'infection dans l'évolution de l'ulcère gastro-duodénal n'est pas niable. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens pensent actuellement que les crises qui sont si caractéristiques de ces ulcères sont

1. F. Ramond, *Les maladies de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1927

2. Mulleder, *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 74, fasc. 1, 1923.

dues à des poussées d'infection avec lymphangite et adénite. La gastrite segmentaire accompagnant l'ulcère est déjà connue depuis longtemps.

L'hémostase spontanée, malgré toutes les conditions défavorables énumérées ci-dessus, est encore possible et se produit même assez souvent (1). Si une hémostase spontanée et durable est admissible pour un vaisseau pariétal ouvert, il est difficile de supposer qu'en cas d'érosion d'un gros tronc artériel, comme cela se produit dans les ulcères qui ont franchi les tuniques gastriques, le même processus puisse se réaliser.

Quelques cas rares ont été publiés où l'on a découvert à l'autopsie des malades morts plusieurs années après une hématomèse, l'existence d'une cicatrice sur la coronaire stomachique ou ses branches principales, mais il s'agit de faits exceptionnels en comparaison avec les cas vérifiés à l'opération ou à l'autopsie, où l'hémostase spontanée ne s'est pas réalisée.

Finsterer affirme qu'il n'existe pas une seule observation authentique qui puisse prouver qu'en cas d'érosion d'un gros vaisseau extra-gastrique, l'hémostase durable ait pu se réaliser sous l'influence du traitement médical.

1. Signalons que d'après certains auteurs une hémorragie ulcéreuse chez un individu âgé et dont les artères sont trop altérées, a peu de chance à s'arrêter spontanément.

IX

LES ARGUMENTS DES ABSTENTIONNISTES

1^o L'efficacité habituelle du traitement médical.

La mortalité du traitement médical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse serait faible, de 5 à 8 p. 100 seulement.

Nous verrons au chapitre prochain qu'en réalité la mortalité du traitement médical est bien plus élevée qu'on ne le croit habituellement.

2^o La faiblesse du malade.

L'état d'anémie aiguë de ces malades augmente incontestablement la gravité de l'acte opératoire.

D'après quelques auteurs (Pauchet, Delore) lorsque les hémorragies se sont répétées, il s'ajoute à l'anémie aiguë un état d'intoxication lié à la résorption du sang contenu dans le tractus gastro-intestinal. L'intestin plein de sang, résorbe des toxines libérées par l'hémolyse.

C'est pour lutter contre ces accidents que Pauchet fait, après la résection de l'ulcus, la caecostomie systématique, et ceci pour faire passer après l'opération plusieurs litres d'une solution de sulfate de soude à 2 p. 100, de façon que le liquide entre par l'anus naturel et ressorte par le trou caecal ; c'est seulement quand le liquide ressort clair, que le lavage est arrêté.

Plusieurs chirurgiens, parmi lesquels Finsterer et Bohmansson, n'admettent pas l'existence de ce processus d'auto-intoxication.

La faiblesse extrême du malade, qui est littéralement saigné à blanc, contre-indique-t-elle l'opération ?

Finsterer conseille d'intervenir même dans les cas apparemment désespérés, à l'anesthésie locale, complétée au besoin par

quelques bouffées d'éther ; faire le minimum indispensable et pratiquer une transfusion sanguine avant et après l'opération.

Ici se pose d'ailleurs la question soulevée pour Finsterer, celle de l'intervention précoce. Il faut opérer à temps, conseille cet auteur, avant que les malades soient saignés à blanc.

Cet argument des abstentionnistes tiré de la faiblesse extrême du malade est en réalité un aveu d'impuissance de la part des partisans du traitement médical exclusif.

3^e L'incertitude du diagnostic.

Il est indéniable qu'en l'absence d'antécédents d'ulcère, le diagnostic étiologique d'une hématomérose aiguë rencontre des difficultés sérieuses. D'autant plus, qu'en raison de l'état du malade tout examen complémentaire est impossible à pratiquer.

Si l'hémorragie peut être le symptôme révélateur d'un ulcère chronique jusque-là méconnu, d'autre part les causes d'erreur restent nombreuses.

Récemment Berner (1) a signalé que sur 10 malades succombés avec le diagnostic clinique d'hématémèses d'origine gastro-duodénale, l'autopsie pratiquée n'a corroboré le diagnostic d'ulcère que trois fois. Le même auteur ajoute que sauf dans un cas unique, les constatations nécropsiques ont prouvé que l'ulcère n'était nullement la cause de l'issue fatale.

Cette statistique nous paraît peu explicite, surtout en ce qui concerne l'étude des antécédents ulcéreux nets, seuls susceptibles de diriger le diagnostic dans ce sens.

Pour notre part nous devons remarquer après l'étude des observations publiées, que dans la presque totalité des cas, où le malade avait un passé dyspeptique, le diagnostic d'ulcère a été confirmé à l'intervention.

L'argument de l'incertitude du diagnostic ne conserve par conséquent sa valeur que pour les cas où l'hémorragie survient inopinément, en l'absence d'antécédents ulcéreux.

1. Berner, *Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, t. LXXXVI, n^o 12, décembre 1925.

4° Les échecs opératoires.

a) Le point saignant n'est point trouvé :

Dans plusieurs observations la source de l'hémorragie n'a pu être découverte et les malades, déjà choqués, sont morts, après une opération en somme inutile.

Gur note que sur les 89 observations réunies dans sa thèse, la lésion ne put être précisée 11 fois (12,3 %)

François constate que parmi les 188 observations recueillies dans sa thèse, la source de l'hémorragie n'a pu être découverte 10 fois (3,51 %).

Il s'agit en général d'ulcérations aiguës dans ces cas. Plusieurs signes ont été donnés pour découvrir le point saignant avant l'ouverture de l'estomac : une rougeur flamboyante de la séreuse en un point (von Hacker) ; des ganglions inflammatoires visibles, mous et rouges au voisinage de l'ulcère (Haberer) ; légères adhérences de périgastrite au niveau de l'érosion (Hesse).

Finsterer remarque avec justesse que ce n'est qu'après l'exploration méthodique et complète de tout l'estomac qu'on a le droit d'affirmer l'absence de l'ulcère chronique. Wilmes ajoute qu'il peut exister des ulcères sans cicatrice extérieure visible.

Si l'exploration complète de la surface extérieure de l'estomac et du duodénum reste négative malgré les prévisions tirées des antécédents ulcéreux, Finsterer pratique une petite incision au voisinage du pylore, ouverture juste suffisante pour permettre l'introduction d'un doigt dans le duodénum pour sentir s'il n'existe pas un ulcère pénétrant à la face postérieure de celui-ci qui aurait pu passer inaperçu

Si l'exploration méthodique reste négative, Savariaud conseille l'ouverture large de l'estomac par une longue incision parallèle aux courbures, suivie de l'évacuation du contenu et toilette de la muqueuse. Si la lésion passe encore inaperçue, Savariaud recommande de retourner l'estomac comme un bonnet, muqueuse en l'air, à l'aide d'une main introduite dans l'arrière-cavité des épiploons, manœuvre qui étale bien la muqueuse et fait disparaître les plis. Récemment encore Cazin a insisté sur la nécessité de pratiquer une gastrotomie très grande, de déplier soigneusement toute la muqueuse gas-

trique en attirant avec des pinces de Chaput les différentes parties de la surface intérieure de l'estomac.

Il est à remarquer cependant que l'exploration rencontre des difficultés sérieuses au niveau du tiers supérieur de la grosse tubérosité. Heureusement cette localisation est rare.

Kraft (1) a eu l'idée d'appliquer la méthode de gastroscopie directe qu'imagina Rovsing en 1908, à la recherche du point saignant. La gastroduodanoscopie se pratique au cours de l'opération, au moyen d'une lampe introduite dans l'estomac par une petite incision : on peut voir par transparence une artériole qui s'arrête brusquement dans son parcours et se perd dans une tache arrondie ; c'est là qu'est le point qui saigne. Kraft a employé ce procédé qui lui a donné 4 succès sur 5 essais, l'échec étant dû à un court circuit qui amena la mort instantanée sur la table d'opération.

Malgré ces perfectionnements techniques qui ont leur intérêt, il n'en reste pas moins certain que la découverte des points saignants en cas d'ulcération reste souvent aléatoire.

b) On trouve des ulcères multiples ou des ulcérations disséminées :

Etudiant cette question, Delore avec Mallet, Guy et Vachey, ont pu en quelques années, en rapporter 68 observations personnelles ; ce chiffre montre la fréquence de cette association.

Souvent avec l'ulcère sous-pylorique coexiste un ulcère de la petite courbure ; les auteurs ont publié 30 cas de cette coexistence, sous le nom d'ulcères conjugués.

Enfin plus rarement, avec l'ulcère duodénal existe un ulcère juxta-cardiaque ; ce sont les ulcères biorificiels.

Dans un travail personnel, relatant aussi les travaux de Moynihan, Zum Busch note l'association fréquente de l'ulcère duodénal et de l'ulcère gastrique.

Melchior, von Haberer remarquent également la multiplicité des ulcérations duodénales et l'association des ulcères gastriques et duodénaux.

On observe parfois deux ulcus duodénaux se faisant vis-à-vis.

M. Hartmann a également insisté sur la multiplicité fréquente des ulcères constatés post-mortem.

Dans ces cas, quand on intervient pour une hémorragie

1. Kraft, *Arch. für Klin Chir.*, t. XCIII, fasc. 3, 1910.

aiguë, il peut arriver que le chirurgien n'en traite qu'un seul ; l'hémorragie continue après l'opération.

Haberer cite un cas personnel terminé par la mort.

Gur cite dans sa thèse trois cas, où des nouvelles hémorragies graves sont survenues après ligature unique d'ulcérations en réalité multiples.

Cet argument des abstentionnistes est sérieux.

On peut cependant déduire des constatations de fréquence et de siège en cas d'ulcères multiples, que le centre de la maladie ulcéreuse semble bien être surtout antro-pylorique.

Or, dans ces conditions, affirment Pauchet et Finsterer, une gastro-pylorectomie large a des chances d'enlever tous les ulcères.

En ce qui concerne les ulcères bi-orificiels, c'est l'habileté, l'entraînement et le bon sens du chirurgien qui devront dicter la conduite à tenir.

c) La présence d'un ulcus calleux saignant.

Cette objection qui a été formulée au Congrès Français de Médecine de 1906 par Castaigne et Dujarier, n'a plus actuellement la même valeur qu'à cette époque. -

La résection large est devenue une opération courante ; sa technique est bien réglée, et la mortalité opératoire en cas d'hémorragie aiguë est d'autant plus faible que l'on intervient plus précocement.

6° La mortalité opératoire élevée.

Les statistiques opératoires citées à l'appui de la thèse des abstentionnistes sont de vieille date et contemporaines de la première phase d'évolution de la chirurgie gastrique.

Nous montrerons que la mortalité opératoire des statistiques récentes est en réalité faible.

LES ARGUMENTS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° La mortalité du traitement médical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse est en réalité sensiblement plus élevée que celle qui est encore admise par un grand nombre d'auteurs.

Les statistiques, d'après lesquelles le pourcentage de mortalité de 5 à 8 p. 100 a été accepté, embrassent des cas fort disparates; les cas d'hémorragie foudroyante, aiguë et chronique sont traités ensemble. C'est la mortalité globale par hémorragie au cours de l'évolution des ulcères gastro-duodénaux et non pas la mortalité des hémorragies aiguës traitées médicalement.

Si l'on isole les cas d'hémorragie aiguë, on arrive à des chiffres sensiblement plus élevés.

Clairemont (1), qui est abstentionniste, perd 5 malades sur 19 malgré le traitement médical sévère (26.3 p. 100).

Zweig (2) sur 263 ulcères, a observé 17 cas compliqués d'hémorragies profuses. Neuf fois l'hémorragie s'est arrêtée grâce au traitement médical; huit fois au contraire la situation est devenue tellement grave, qu'on a décidé à intervenir chirurgicalement. Sur ces 8 malades saignés à blanc et opérés *in extremis*, trois sont morts.

Pauchet (3) devant l'échec fréquent des opérations indirectes, a soumis ces malades au traitement purement médical. L'abstention lui ayant donné une mortalité de 50 p. 100, il est revenu à son opinion antérieure et tend de plus en plus à intervenir.

1. Clairemont, cité par Finsterer, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1920, t. 158.

2. Zweig, *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1918, n° 22, p. 611.

3. Pauchet, rapporté par Butler d'Ormond; *La Clinique*, déc. 1928 (B), p. 435.

Finsterer (1) qui a relevé les statistiques de plusieurs grands hôpitaux de Vienne, trouve que la mortalité du traitement médical était de 17 p. 100 à l'Allgemeines Krankenhaus et de 35 p. 100 à l'Hôpital François-Joseph.

Le même auteur note que pendant son absence il a été appelé auprès de trois malades présentant des hémorragies gastro-duodénales profuses. Les autres chirurgiens ayant refusé d'intervenir, tous les trois malades sont morts.

Les chiffres précédemment cités, quoique déjà assez élevés, sont, d'après Finsterer, au-dessous de la réalité pour les raisons suivantes :

Un grand nombre de ces malades saignés à blanc, ne sont pas transportables ; ils sont soignés et meurent à domicile. Ces cas restent ignorés, les statistiques n'en parlent guère.

Tous ces éléments d'appréciation pris en considération, Finsterer estime que la mortalité du traitement médical est de 80 p. 100.

Nous pensons que ce chiffre est exagéré. Il a été établi à la base de considérations d'ordre théorique, et sans aucun contrôle.

Sans accorder aux chiffres une valeur absolue que la complexité des faits cliniques ne permet pas, nous devons cependant constater que le taux de la mortalité du traitement médical est sensiblement plus élevée que le pourcentage de 5 à 8 pour 100 admis par plusieurs congrès et par un grand nombre d'auteurs.

Le traitement médical échoue par conséquent plus fréquemment qu'on ne l'admettait autrefois. Nous avons déjà indiqué les cas, où le traitement médical reste le plus souvent inefficace, nous n'y reviendrons pas.

En résumé, étant donné que la mortalité du traitement médical est assez élevée, nous pensons qu'on est autorisé à « mettre le cas échéant la main dans le ventre » d'autant plus, parce que grâce aux progrès techniques de la chirurgie gastrique et à l'actuelle connaissance des conditions anatomo-cliniques des hémorragies gastro-duodénales aiguës, la mortalité opératoire s'est considérablement abaissée.

2° La mortalité élevée des premières tentatives chirurgicales était la rançon du progrès.

1. Finsterer, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1920, t. 158.

Nous assistons là — dit Tuffier — aux premiers pas de la chirurgie gastrique. Cette proportion énorme de revers n'est pas son apanage ; elle est la rançon de toute tentative, de tout progrès dans presque tous les domaines de la chirurgie abdominale, et elle diminue quand la marche en avant s'affermir.

En effet il est incontestable que :

- a) Leur technique était encore défectueuse ;
- b) Les procédés employés étaient souvent inadéquats et de ce fait plus ou moins inefficaces ;
- d) L'intervention était le plus souvent tardive. On n'adressait au chirurgien que les cas désespérés, après avoir perdu un temps précieux avec le traitement médical inefficace et inutilement prolongé.

3^o Au fur et à mesure que la technique opératoire s'améliore, et depuis que l'on intervient plus précocement, la mortalité opératoire s'abaisse sensiblement.

Gur s'appuyant sur 89 observations qui s'échelonnent entre 1880 et 1920, établit que la mortalité globale est de 32,2 p. 100.

Mais ces cas répartis sur 4 décades, il est évident que les résultats opératoires se sont améliorés.

De 1880 à 1890 la mortalité est de	100	p. 100
De 1890 à 1900	—	41,7 p. 100
De 1900 à 1910	—	27,6 p. 100
De 1910 à 1920	—	11,7 p. 100

La mortalité opératoire de la dernière série de Finsterer n'est que de 6 p. 100.

Cazin, en 1920, a publié une statistique portant sur 26 cas, avec 24 succès et deux morts (7,6 p. 100).

Le même auteur remarque que cette légende de la mortalité opératoire élevée, datant d'un quart de siècle, doit disparaître.

VALEUR COMPARATIVE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES AIGÜES D'ORIGINE ULCÉREUSE

Deux groupes de méthodes sont en présence, les unes visent à atteindre le foyer même de l'hémorragie par action directe, sur lui, ce sont les méthodes directes ; les autres se proposent de réaliser l'hémostase à distance du foyer, ce sont les méthodes indirectes.

Opérations directes :

- 1^o Enfouissement par suture de la lésion ;
- 2^o Cautérisation ignée ;
- 3^o Excision ;
- 4^o Résection.

Opérations indirectes :

- 1^o La gastro-entérostomie ;
- 2^o L'exclusion du pylore avec G. E. ;
- 3^o La jéjunostomie ;
- 4^o La ligature des vaisseaux à distance de la lésion.

LES PROCÉDÉS ABANDONNÉS

- a) Le curettage de l'ulcère après gastrotomie ;
- b) Le drainage de l'estomac par un gros tube de caoutchouc, recommandé par Hochenegg ;
- c) La compression intragastrique de Kelling au moyen d'un petit ballon de caoutchouc introduit par l'œsophage et relié à une sonde de Nélaton.

Dernièrement le même auteur (1) a proposé le procédé suivant : bandage fortement serré refoulant la paroi abdominale contre la colonne vertébrale, au point que le duodénum soit en quelque sorte fermé par en bas. Insuffler ensuite de l'air par un tube introduit dans l'estomac pour obtenir une pression de 15 cm. d'eau environ.

I. — OPÉRATIONS DIRECTES

1° Suture transmuqueuse et enfouissement ou ligature de l'ulcère à sa base.

Ces procédés ne conviennent qu'aux ulcères récents et aux ulcérations superficielles de la muqueuse.

On peut faire l'enfouissement de l'ulcération après suture au moyen de fils séparés passés sous la base de la lésion et réalisant le plissement et l'adossement de la muqueuse ulcérée à elle-même.

Plusieurs chirurgiens préfèrent retourner l'ulcère en doigt de gant et placer à la base du cône une ligature solide au catgut ou à la soie.

Récemment encore Cazin s'est fait le défenseur de ces procédés d'hémostase directe.

Gur a réuni dans sa thèse : 18 cas de ligature en masse de la lésion à sa base avec ou sans enfouissement, dont 5 pour ulcère (mortalité 40 %), et 13 pour ulcérations (mortalité 15,4 %).

Le même auteur a recueilli dans la littérature 5 observations d'enfouissement d'ulcérations aiguës par suture (mortalité 20 %).

François a pu rassembler 27 observations dans sa thèse avec 5 morts (18,5 %).

2° La thermo-cautérisation.

Ce n'est qu'un procédé de nécessité d'après Tuffier et ne convient qu'aux ulcérations difficilement accessibles, très haut situées, vers le cardia.

1. Kelling, *Münchener Med. Wochenschr.*, 15 oct. 1920.

Savariaud se demande s'il convient de faire une laparotomie pour la terminer par une hémostase si hasardeuse.

Milkulicz l'a employée plusieurs fois sans que l'hémorragie se soit reproduite, mais ses opérés sont morts trop rapidement pour qu'on puisse affirmer que cet arrêt fut définitif.

Les deux premiers succès appartiennent à Armstrong (*in* Tuffier, *Revue de Chir.*, 1905); mais il s'agissait d'ulcérations aiguës.

D'après Finsterer la thermo-cautérisation peut être employée à la rigueur pour les ulcérations; elle est cependant formellement contre-indiquée en cas d'ulcère calleux, et à plus forte raison quand il s'agit d'un ulcère pénétrant où la cautérisation ignée risque d'ouvrir un vaisseau important.

Un autre danger de la thermo-cautérisation est la possibilité d'une perforation par chute de l'escarre.

François a rapporté 12 observations, dont 7 pour ulcère calleux avec 3 morts (42,9 %), et 5 pour ulcère récent avec 2 morts (40 %).

3° L'excision de l'ulcère.

Roux et Mikulicz étaient les premiers à l'employer dans le traitement des hématomés graves. Leurs deux malades ont guéri.

Hirschel en 1907 a trouvé 7 cas pareils dans la littérature, tous terminés par la guérison.

Borszéký a réuni une statistique portant sur 19 cas d'excision, dont deux combinés à la gastro-entérostomie; six sont morts peu de temps après l'opération (36,8 %).

Gur a réuni 17 cas dans sa thèse avec une mortalité de 23 %.

François a recueilli 17 observations avec 5 morts (29,4 %).

L'excision peut être employée en cas d'ulcère récent ou d'ulcère calleux peu ou pas adhérent, quand l'état du malade ne permet pas la résection.

Pour les ulcères térébrants, dit Pauchet, c'est une dangereuse acrobatie de les exciser ainsi, ce qui se comprend facilement. Comment libérer un segment d'estomac adhérent quand tout le reste de l'organe conserve ses attaches normales? Il n'y a qu'un seul procédé qui convient aux ulcères pénétrants compliqués d'hémorragies graves, c'est la résection large.

En cas d'ulcère duodénal, très souvent l'excision ne peut même pas être envisagée, étant donné que celui-ci siège fréquemment à la paroi postérieure.

L'excision peut être associée à la gastro-entérostomie. La combinaison de ces deux facteurs est obligatoire quand l'excision est pratiquée pour un ulcère de l'antrum pylorique.

4° La résection de l'estomac.

La gastrectomie a l'avantage incontestable que tout en étant le meilleur procédé d'hémostase, assure en même temps une guérison durable.

La première gastro-pylorectomie pour hémorragie grave a été faite en 1882 par Van Kleeef, avec succès. Dans les statistiques publiées par Borszéký, on ne trouve que deux cas de gastrectomie, avec 1 guérison et 1 mort (50 %).

Finsterer a encore retrouvé dans la littérature ancienne deux observations, celles de Heile et de Wendel; les deux malades ont bien guéri.

Le nombre des gastro-pylorectomies d'urgence pour hémorragies graves s'est élevé à 12 en 1920.

Depuis cette date, grâce à la campagne de Finsterer, la résection d'urgence a gagné du terrain. Haberer, Delore, Pauchet, Hesse, Muller, Pototschnig, Schwartz, Bohmansson et plusieurs autres chirurgiens lui sont nettement favorables.

Nombreux restent cependant ceux qui prétextant la gravité d'une pareille intervention chez un malade fortement anémié, préfèrent pratiquer des opérations moins choquantes pour parer au plus pressé.

Finsterer pourtant a bien montré, statistiques en main, que si l'on intervient précocement, la mortalité opératoire de ces résections d'urgence pour hémorragies graves est presque la même que celle des gastro-pylorectomies faites « à sec ».

François a réuni dans sa thèse 45 cas de gastro-pylorectomie d'urgence avec 7 morts (15,5 %).

En résumé la gastro-pylorectomie :

- a) Est le moyen d'hémostase le plus sûr ;
- b) Elle met à l'abri des complications ultérieures (perforation, hémorragie, cancérisation)

- c) Elle procure une guérison durable ;
- d) Sa mortalité opératoire est d'autant plus faible que l'on intervient plus précocement ;
- e) Elle doit être préférée chaque fois quand l'état général du malade n'est pas trop mauvais.

La résection du duodénum.

La duodénectomie d'urgence n'a que rarement été employée. Les difficultés de son exécution et sa gravité l'ont fait écarter chez ces malades en état d'anémie aiguë.

La première duodénectomie pour hémorragie profuse a été faite en 1913 par Richter. Son malade a guéri. En 1918 Clairemont fait la seconde résection d'urgence pour ulcère du duodénum pénétrant dans le pancréas et compliqué d'hémorragies aiguës ; guérison. Haberer a publié dans la même année un troisième cas. Après échec de l'exclusion du pylore avec G. E., Haberer est obligé de réintervenir pour cet ulcère duodénal pénétrant dans le pancréas ; il fait une duodénectomie et sauve son malade.

Finsterer a réuni en 1927 une statistique portant sur 30 cas personnels avec deux morts (6,66 %). Le même auteur remarque sur 13 résections duodénales précoces, de 4 à 48 heures après le début des hémorragies, il n'y a pas eu de décès ; tandis que sur 17 opérations tardives, du 3^e au 14^e jour, il y a eu 2 morts.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé aucune observation d'excision d'ulcère duodénal suivie de pyloroplastie selon le procédé de Finney. Cette méthode pourtant pourra rendre service quand les conditions anatomiques s'y prêtent.

II. OPÉRATIONS INDIRECTES

1^o La gastro-entérostomie simple.

Cette opération de dérivation agirait par la mise au repos de l'estomac grâce à l'évacuation rapide de son contenu (sang et suc gastrique).

Doyen (1899) et Tuffier (1899) ont été les premiers à l'employer contre les hématomés graves.

Borszeky qui a bien étudié l'influence de la gastro-entérostomie, a montré avec beaucoup d'autres que l'opération n'a une influence certaine sur l'arrêt des hémorragies, dans les ulcères provoqués artificiellement chez l'animal, que s'il y a concomitance de sténose du pylore.

On s'est vite aperçu de l'insuffisance de la gastro-entérostomie dans le traitement des gastrorragies ulcéreuses aiguës.

Borszeky sur 23 cas réunis dans la littérature, trouve 12 morts (52 %).

Tuffier sur 17 cas note 7 morts (41,17 %).

Gur sur 22 cas note une mortalité de 27,3 %.

François sur 30 observations rassemblées dans sa thèse trouve que la mortalité globale est de 26,6 p. 100 (pour ulcère gastrique 33,3 p. 100 ; pour ulcère duodénal 25 p. 100).

Parmi les observations inédites de la thèse de François on trouve que dans quatre occasions la gastro-entérostomie s'est montrée sans action, puisque ces malades sont morts par persistance de l'hémorragie malgré l'opération.

Les cas de mort par reprise de l'hémorragie après un court arrêt, sont nombreux. Des mois, des années plus tard des nouvelles hémorragies graves peuvent survenir du fait de l'ulcère laissé en place, et qui continue à évoluer.

C'est pour ces raisons que les indications actuelles de la gastro-entérostomie en cas d'hémorragie gastro-duodénale grave sont restreintes. La gastro-entérostomie ne vit plus que des contre-indications de la résection large, et seulement dans deux circonstances :

1^o En cas d'hémorragies graves survenant au cours de l'évolution d'ulcères sténosants de la région pylorique. Ces hémorragies, véritables hémorragies de stase, sont liées à une hyperhémie inflammatoire intense qui siège dans toute la zone péri ulcéreuse, et qui est entretenue et augmentée du fait de la stase gastrique (Delore). Dans ces cas la gastro-entérostomie précédée de lavages d'estomac, agit efficacement en supprimant la stase ;

2^o La gastro-entérostomie associée à l'exclusion du pylore, tamponnement de l'ulcère suivant le procédé de Fénistrer et ligature de la gastro-duodénale, est indiquée également en cas d'ulcère du duodénum saignant.

2° La gastro-entérostomie associée à l'exclusion du pylore.

Ce procédé opératoire s'adresse à l'ulcère hémorragique du duodénum où l'exclusion réalisera la mise au repos complète de la région saignante, supprimera le contact des liquides hyperacides et favorisera la cicatrisation de l'ulcère.

Certains auteurs pensent que ce procédé agit également par l'hémostase qu'elle nécessite pour son exécution si on la réalise par section. Même avec une simple ligature (procédé rapide et facile, recommandable chez ces malades fatigués) on diminue peut-être la vascularisation du duodénum.

François a réuni dans sa thèse 9 cas avec 2 décès (22, 2 p. 100).

L'objection que l'exclusion du pylore favorise l'apparition de l'ulcère peptique, a peu de valeur dans ces circonstances.

Comme quelques observations publiées le prouvent, ce procédé n'est pas toujours efficace, l'hémorragie peut persister ou réapparaître après un court intervalle. Finsterer recommande de faire en même temps la compression directe de l'ulcère à l'aide d'un gros tampon de gaze fortement tassé. Finsterer a employé ce procédé plusieurs fois avec succès et affirme qu'il donne une grande sécurité.

Nous pensons qu'il est plus prudent de compléter cette méthode par la ligature de l'artère gastro-duodénale.

3° La jéjunostomie.

Ce procédé a pour but de soustraire l'ulcère aux irritations mécaniques et chimiques. Il vise en même temps que la mise au repos de l'estomac, la possibilité d'assurer l'alimentation immédiate du malade.

La jéjunostomie met-elle l'estomac au repos ?

Il résulte des différentes expériences pratiquées (Lempp, Chiesalden, Leconte, Pawlow) que la fistule jéjunale donne à l'estomac un repos incomplet sans doute, mais cependant très marqué. Ce repos est certainement nettement supérieur à celui procuré par la gastro-entérostomie avec pylore perméable, où le repos est illusoire.

- A cette question de la mise au repos de l'estomac se rattache

celle de l'alimentation rectale ; l'alimentation rectale pourrait donc être mise en parallèle avec la fistule jéjunale, pour ce qui est de la mise au repos de l'estomac. Les auteurs lyonnais tendent cependant à admettre la supériorité de la jéjunostomie en ce qui concerne l'alimentation du malade.

Le procédé d'Eiselsberg-Witzel : jéjunostomie latérale, avec canalisation et fixation à la paroi abdominale, est une opération simple, facile, rapide, sans gravité, réalisée sous anesthésie locale ou mieux régionale. La fistule jéjunale peut se fermer spontanément après enlèvement de la sonde.

Employée au début à cause de sa simplicité, la jéjunostomie fut vite abandonnée. En effet les résultats opératoires sont médiocres.

Finsterer cite 8 cas avec six morts et encore chez les deux qui ont survécu on a pratiqué en même temps la ligature de l'artère coronaire.

François (thèse de Bordeaux, 1927) relève 7 cas de jéjunostomie d'urgence et note une mortalité de 42,9 p. 100.

La jéjunostomie est actuellement abandonnée par la plupart des chirurgiens dans le traitement des hémorragies gastroduodénales graves.

Les auteurs lyonnais l'emploient encore exceptionnellement dans les cas où on est forcé d'intervenir d'urgence chez un malade très affaibli, à titre d'opération d'attente.

Menu (1), dans sa thèse, revient sur la question et plaide en faveur de la jéjunostomie. Il donne 8 observations personnelles sans mortalité.

4° La ligature des artères à distance.

Ce procédé relativement simple et sans danger a été employé pour la première fois par Roux, qui a guéri son malade ; c'était un ulcère de la petite courbure.

La ligature double du cercle gastro-épiploïque a été ensuite employée par Witzel, combinée à la ligature des points saignants après gastrotomie.

La ligature des vaisseaux à distance, associée à l'hémostase

1. Menu, *Le traitement d'urgence des hémorragies gastriques graves par la jéjunostomie*. Thèse de Lyon, 1923.

directe a été faite par von Hacker, avec succès ; puis par A. Braun 5 fois avec 4 succès.

Ce procédé vivement combattu ensuite, est actuellement en train de regagner du terrain. Son efficacité est certaine mais les ligatures doivent remplir les conditions suivantes : elles seront placées non loin du foyer ulcéreux et porteront sur tous les vaisseaux irriguant la zone hémorragique. Grâce à la richesse anastomotique du réseau vasculaire de l'estomac, il n'y a aucun trouble trophique à craindre (Braun) (1).

Lorsque l'ulcère est gastrique, la ligature doit être faite sur les deux arcs vasculaires supérieurs et inférieurs de l'estomac, en amont et en aval de l'ulcère. Lorsque l'ulcère est duodénal, c'est la ligature de la gastro-duodénale qu'il faut pratiquer (Delore)

La ligature des artères des courbures ne rencontre pas des difficultés.

Comment lier la gastro-duodénale ? La ligature de cette artère à son origine, quand la région n'est pas bloquée par des adhérences, est simple. On l'atteint facilement dans sa portion sus-pancréatique en passant au-dessus du duodénum au travers du petit épiploon, et en écartant en bas le duodénum ; on voit le tronc de l'hépatique commune et sa bifurcation : la branche ascendante est l'hépatique vraie, la branche descendante est la gastro-duodénale.

En cas d'adhérences, Delore et Girardier conseillent de décoller le duodénum de la tête du pancréas en effondrant aux ciseaux les adhérences au niveau de son bord supérieur, et en entrant même dans le tissu pancréatique. Au cours de ces manœuvres on rencontre nécessairement l'artère au milieu des adhérences ; elle saigne et il est alors facile de la lier.

Quelque fois c'est l'artère splénique qui est érodée, il faut alors en pratiquer la ligature. La nécrose de la rate n'est pas à craindre, comme l'ont montré Litten et Balacescu (2), et Haberer (3), à la condition que la ligature porte en amont de l'aboutissement des vaisseaux courts.

1. Braun, *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1908.

2. Litten et Balacescu, cités par Stubenrauch, *Deutsche zeitschr. f. Chir.*, 1922, t. 172.

3. La même référence.

La ligature des vaisseaux à distance de l'ulcère hémorragique ne vit que des contre-indications de la résection large. Elle pourra cependant être utile, surtout quand il sera possible de la combiner avec les procédés d'hémostase directe.

LA CONDUITE DES DIVERS CHIRURGIENS DEPUIS 1920 ET LES STATISTIQUES OPÉRATOIRES PUBLIÉES DEPUIS CETTE DATE

Le nombre des observations publiées depuis 1880, date à laquelle la première intervention pour hématomésés graves fût pratiquée, est actuellement près de 300. La moitié de celles-ci remonte à plus d'un quart de siècle, et est contemporaine de la première phase d'évolution de la chirurgie gastrique.

Nous ne les reproduirons pas et préférons de nous appuyer dans notre travail sur les communications récentes et les statistiques homogènes des auteurs modernes.

FINSTERER (1), *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1920, t. 158.

Sa première statistique porte sur 24 interventions pour hémorragies gastro-duodénales aiguës. Au début c'est les procédés d'hémostase indirecte qu'il a employés, ensuite il a adopté la résection.

Sur ces 24 cas on ne trouve qu'un seul ulcère récent malgré le passé dyspeptique datant de un an ; Finsterer a fait une gastro-entérostomie et constate que le malade ne présente pas le moindre trouble au bout de quatre ans.

En ce qui concerne les huit ulcères pénétrants de l'estomac, il a pratiqué six fois la résection large avec 5 succès et 1 mort, malgré l'état général précaire des malades. Une fois il a essayé la gastro-entérostomie associée à la ligature des vaisseaux de la petite courbure des deux côtés de l'ulcère, a tassé un gros tampon de gaze entre l'estomac et le foie dans le but d'agir par compression directe sur l'ulcus ; le malade cependant est mort

1. Finsterer, Pour les autres communications, voir Bibliographie.

douze heures après l'opération. Une autre fois il s'agissait de deux ulcères de la petite courbure siégeant près du cardia et pénétrant dans le pancréas. Finsterer a excisé les deux ulcères, fait une gastro-entérostomie. Le malade est mort 14 heures après l'intervention.

Dans cette statistique on trouve également 12 interventions pour ulcère duodénal compliqué d'hémorragies graves. Six fois il a employé l'exclusion du pylore avec gastro-entérostomie, combinées dans 5 cas à la compression directe du duodénum par un tampon de gaze fortement tassé. Finsterer n'a perdu qu'un malade sur les six et encore — comme l'autopsie a montré — l'hémorragie s'est arrêtée, mais le malade est mort à la suite de l'anémie aiguë. L'auteur affirme que cette méthode donne une grande sécurité même pour les cas très graves. Comme son exécution est facile, elle doit être appliquée chaque fois que le malade ne semble pas pouvoir supporter la résection.

Dans les autres six cas Finsterer a pratiqué la gastro-pyloro-duodénectomie avec 5 guérisons et 1 mort. Finsterer conseille d'abandonner en cas d'ulcère pénétrant dans le pancréas, le fond de l'ulcère, pour ne pas prolonger inutilement l'opération et pour éviter de blesser le cholédoque où l'artère splénique. Il n'y a aucune complication infectieuse à craindre à la condition d'y mettre un drain.

En résumé sur 13 cas de résections de l'estomac ou du duodénum, Finsterer n'a eu que deux décès (15,4 %).

Il a opéré également deux ulcères peptiques compliqués d'hémorragies profuses. Dans le premier cas, l'artère colique moyenne était érodée, la résection gastro-colique s'imposait, mais elle n'était pas réalisable à cause de la faiblesse extrême du malade qui est mort en quelques heures.

Dans le deuxième cas il s'agissait, d'un ulcère peptique récent découvert après gastrotomie. Après ligature de celui-ci par deux points, l'hémorragie s'est arrêtée. Guérison.

Jusqu'à 1927, Finsterer a opéré 76 cas d'hémorragies aiguës graves de l'estomac et du duodénum : 73 fois il s'agissait d'ulcère, 3 fois de cancer (in thèse François, Bordeaux 1927).

Pour les 3 cancers gastriques, il a eu 1 mort et deux guérisons par résection.

Les 73 cas d'ulcère sont classés ainsi :

A) Opérations précoces de 4 à 48 heures.

Technique	Lésions	Nombre	Morts	Guéris
G. E. + compression duodénale	ulcus duodénaux	6	1	5
Résections	ulcus gastriques	13	0	13
Résections	ulcus duodénaux	13	0	13
Résections	ulcus peptique du jéjunum	2	0	2
Total.....		34 cas avec 1 mort		

N. B. — 28 cas de résection sans mort.

B) Opérations tardives du 3^e au 14^e jour.

Technique	Lésions	Nombre	Morts	Guéris
G. E. + compression duodénale	ulcus duodénaux	7	3	4
Excision	ulcus peptique du jéjunum	1	0	1
Résections	ulcus gastriques	12	5	7
Résections	ulcus duodénaux	17	2	15
Résections	ulcus peptique du jéjunum	2	2	0
Total.....		39 cas avec 12 morts		

N. B. — Dans ce groupe les résections ont donné 22 guérisons et 9 morts.

La conduite à tenir conseillée par Finsterer est la suivante:

1^o Opération précoce chaque fois que le diagnostic d'ulcère calleux ou à plus forte raison, pénétrant est probable.

2^o S'il s'agit d'un ulcère jeune, on peut essayer le traitement médical.

Dans le doute Finsterer propose une laparotomie exploratrice à l'anesthésie locale.

3^o L'opération de choix est la résection qui ne comporte qu'une faible mortalité si l'on intervient précocement.

Les ulcères gastriques sont toujours susceptibles d'être réséqués.

En cas d'ulcère duodénal, et si l'état du malade contre-indique

une opération radicale, faire une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore et compression de l'ulcère.

4° Finsterer conseille l'anesthésie locale, complétée au besoin par quelques bouffées d'éther, et la transfusion sanguine avant et après l'opération.

HABERER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1922, t. 172, p. 51.

Haberer jusqu'à 1918 a fait 13 opérations pour hémorragies gastro-duodénales graves et répétées après échec complet du traitement médical. Malgré que ces malades aient été opérés *in extremis*, 9 ont guéri, 4 sont morts (30,7 p. 100).

Dans deux de ces cas l'issue fatale était consécutive à la continuation de l'hémorragie due à la présence d'autres ulcérations passées inaperçues à l'intervention.

Les 13 cas se répartissent en 11 résections d'ulcère et 2 gastro-entérostomies avec exclusion du pylore. Dans un cas la gastro-entérostomie associée à l'exclusion du pylore n'a produit qu'un arrêt momentané. Peu de temps après l'intervention l'hémorragie a recommencé avec une telle abondance que le malade était littéralement mourant. Grâce au traitement médical, le malade s'est suffisamment relevé pour subir 9 jours après une duodénectomie qui a pleinement réussi.

De 1918 jusqu'à 1922, Haberer a encore opéré une douzaine de cas, également après échec complet du traitement médical. Pendant cette période sa mortalité opératoire était nulle. Pourtant il a eu à intervenir dans un cas d'hémorragies graves dues à la récurrence d'un ulcère peptique qui a nécessité une résection complexe.

Ainsi la mortalité opératoire globale de Haberer est tombée de 30,7 p. 100 à 16 p. 100 (25 interventions avec 21 succès et 4 morts).

Haberer préconise l'anesthésie générale à l'éther après une piqûre d'atropine-morphine. Il pense que l'éther contribue chez ces malades à combattre l'état de choc.

Haberer condamne tant la gastro-entérostomie simple que la gastro-entérostomie associée à l'exclusion du pylore, et n'a de confiance que dans l'ablation radicale de l'ulcère.

Le même auteur combat l'opinion de Finsterer qui considère que toute hémorragie ulcéreuse profuse crée une indication

opératoire d'extrême urgence et impose la résection gastro-duodénale.

Haberer pense au contraire qu'on ne peut pas, en cette matière, tracer des règles générales impératives, qu'il s'agit de cas d'espèces, mais que, le plus souvent, une seule hémorragie, si abondante soit elle, n'est pas une indication à intervenir immédiatement ; que c'est la répétition des hémorragies qui conduira à opérer.

HARTMANN, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*,
7^e série. Paris, 1928.

M. le professeur Hartmann, peu enclin à intervenir dans les grandes hémorragies gastriques, de cause non déterminée, fait cependant une exception pour les hémorragies de cause ulcéreuse évidente.

Lorsqu'on se trouve en présence d'hémorragies graves, se répétant chez un même malade ayant une vieille histoire d'ulcère, comme dans ces cas l'hémorragie est probablement liée à l'existence d'un ulcère calleux au niveau duquel un vaisseau a été érodé et se trouve inclus dans une paroi rigide, scléreuse, que l'hémostase spontanée n'a guère de chances de se produire, l'intervention est indiquée. Elle doit consister dans la résection d'ulcère.

De même, il faut intervenir dans le cas où l'hémorragie aiguë se produit chez un malade ayant des signes de sténose pylorique et des contractions stomacales violentes en même temps qu'une hémorragie.

DELORE (Delore et de Girardier), *Revue de Chirurgie*,
n^o 6, 1928.

Delore a eu l'occasion de traiter 4 cas d'hémorragies gastro-duodénales graves d'origine ulcéreuse dans un an.

Les résultats obtenus ont été excellents.

Le premier cas : ulcère pénétrant de la petite courbure. Gastrectomie large. Guérison.

Le second cas : ulcère duodéal adhérent à 2 cm. du pylore. Gastro-pylorctomie. Polya. La section duodénale passe au niveau de l'ulcère qui n'est pas enlevé en totalité. En-

fouissement à 3 plans de suture. Guérison sans incident.

La troisième observation : ulcère calleux du duodénum vrai, très dur et très adhérent. L'ulcère est perforé et bouché. Gastro-duodénectomie. Billroth II avec anastomose précolique postérieure ou bouton de Jaboulay. La section duodénale passe dans l'ulcère. Fermeture du duodénum à 3 plans, difficile en dedans parce qu'elle porte dans des tissus enflammés.

Suites opératoires. — Bonnes jusqu'au 10^e jour. A ce moment il se produit une fistule duodénale et de nouvelles hémorragies. Le malade meurt 5 jours après.

Le quatrième cas : ulcère de la petite courbure très haut situé et très adhérent, perforé, bouché. Gastro-pyloréctomie. Billroth II. Anastomose précolique post ou bouton. Guérison.

L'auteur ajoute à propos de la 3^e observation qu'en raison des difficultés anatomiques rencontrées, il eût été mieux de se borner à de simples ligatures.

Delore conclut que le traitement chirurgical est le traitement de choix des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. Mais traitement de choix ne veut pas dire traitement immédiat. L'acte chirurgical ne doit pas se substituer comme traitement d'urgence au traitement médical : celui-ci est toujours de mise pour lutter contre le choc hémorragique et mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour l'acte opératoire.

Lors d'une première hémorragie le traitement chirurgical doit être précoce. Dans tous les cas d'hémorragie immédiatement abondante, il sera entrepris dès que l'état général du malade s'est remonté.

Si le malade est vu au moment d'une seconde hémorragie il sera soumis au traitement chirurgical, dès que son état le permettra et sans plus attendre.

Le traitement direct des lésions est théoriquement l'idéal, mais si les conditions ne le rendent pas réalisable, on sera obligé en pratique de recourir au traitement indirect. Il faut se souvenir que la G. E. n'agit efficacement que sur les hémorragies de stase, et que pour les autres cas il faut pratiquer des ligatures en tenant grand compte de la situation anatomique de l'ulcère pour les faire porter sur le vaisseau qui saigne.

Le même auteur a rapporté trois observations d'hémorragies ulcéreuses rapidement mortelles, relevant de l'ulcération d'un

tronc artériel important, en l'espèce l'artère gastro-duodénale.

Deux fois une tentative opératoire a été faite. Chez le premier malade il avait semblé tout d'abord que l'intervention pratiquée ait rempli son but, mais l'hématémèse foudroyante terminale et les constatations nécropsiques ont démontré l'inefficacité de la thérapeutique mise en œuvre (ligature de la coronaire stomachique et gastro-entérostomie).

Chez le second malade l'opération fut également inadéquate : les ligatures pratiquées ont en réalité porté en aval de la source de l'hémorragie (ligature de la coronaire stomachique, de la pylorique et de l'arcade vasculaire de la grande courbure gastro-entérostomie).

Le troisième malade n'a pu être opéré parce que vu dans un état trop précaire tardivement après le début des accidents.

Deux de ces trois observations démontrent que si l'acte opératoire est inadéquat aux lésions existantes, les malades se trouvent maintenus dans les conditions d'évolution normale d'une hémorragie non traitée chirurgicalement.

LECÈNE in Lecène-Leriche, *Thérapeutique chirurgicale*,
t. III, p. 121.

Lecène pense que la règle posée en 1897 par Leube et Mikulicz de pas intervenir dans la grande hématémèse isolée, conserve encore sa valeur.

Mais lorsque l'hémorragie se reproduit au bout de quelques jours ou de quelques semaines, il paraît au contraire très indiqué d'intervenir. L'intervention sera variable suivant les cas : la gastrotomie exploratrice avec ligature directe des points saignants et ligature double du cercle des artères gastro épiploïques ou de l'artère coronaire stomachique, paraît être — dit Lecène — le meilleur procédé, lorsque le palper ne permet pas de trouver sur l'estomac de zone nettement indurée, correspondant à l'ulcère. S'il s'agit d'un ulcère calleux de la petite courbure ou de la région pylorique, l'auteur conseille la thermo-cautérisation, ou mieux excision au bistouri et gastro-entérostomie. La gastro-pyloréctomie large si le malade est en état de la supporter, serait encore préférable en cas d'ulcère saignant juxta-pylorique.

Si l'ulcère qui saigne est calleux et duodénal, la gastro-enté-

rostomie avec exclusion du pylore paraît être le procédé le plus indiqué.

OKINCZYK, Rapport au 37^e Congrès Français de Chirurgie.
Paris, 1928.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

M. Okinczyk rapporte 3 observations d'interventions pour hémorragies graves dans l'ulcère du duodénum.

Dans un cas, il a été fait une gastro-entérostomie avec une mort opératoire.

Dans un second cas, une gastro-jéjunostomie avec exclusion et une mort opératoire.

Dans un troisième cas, il a été fait une résection du type Reichel-Polya, avec une amélioration datant de sept mois.

Mortalité opératoire : 66,6 %.

M. Okinczyk pense que l'opération plus précoce qu'on ne le fait ordinairement, l'emploi de l'anesthésie locale, et l'usage de la transfusion avant et après l'opération, seraient peut-être dans les hémorragies graves des facteurs de guérison plus assurée que l'abstention avec un traitement médical exclusif.

V. PAUCHET, Rapporté par Butler d'Ormond, *La Clinique*, décembre 1928 (B). Pour les autres publications voir bibliographie.

Pauchet depuis ces dix dernières années a changé d'avis à trois reprises. Jadis, il pratiquait des opérations indirectes : ligature de vaisseaux, gastro-entérostomie, exclusion du pylore. Devant l'échec fréquent de ces opérations, il a renoncé au traitement chirurgical d'urgence. Le traitement médical lui ayant donné une mortalité de 50 p. 100, Pauchet est revenu à son opinion antérieure et tend de plus en plus à intervenir aussi rapidement que possible. Actuellement il pratique la résection large. Quand il s'agit d'un ulcus duodénal, Pauchet conseille de réséquer le duodénum et l'antrum du pylore.

Le même auteur conseille encore pour lutter contre l'intoxication due à la digestion et à l'absorption des albumines du sang contenu dans le gros intestin, de faire une fistule cœcale

suivie d'irrigation colique avec une solution de sulfate de soude à 2 p. 100.

CAZIN. — *Paris Chirurgical*, 1920.

Cazin a réuni 26 observations, avec 24 guérisons et 2 morts seulement, après opération trop tardive chez des malades profondément anémisés par des hématomésés répétées.

Ces observations se répartissent en :

11 cas d'ulcère avec deux morts ;

7 cas d'exulcération simple sans mortalité ;

8 cas d'érosions multiples sans mortalité.

L'auteur estime que l'on doit opérer, suivant la formule de Dieulafoy « tout malade qui vomit d'un seul coup et d'emblée un demi-litre de sang et plus, surtout si ces hématomésés se répètent une deuxième, une troisième fois en 24 heures ».

L'article de Cazin est un chaud plaidoyer en faveur de l'hémostase directe en cas d'ulcération simple et ulcérations aiguës. L'auteur conseille pour ces cas, la gastrotomie large, permettant une exploration complète de la muqueuse et l'hémostase directe du point qui saigne, soit par excision, soit par ligature en masse de la muqueuse, soit par cautérisation et en foussement.

HUGUIER, *Journal des Praticiens*, n° 4, 24 janvier 1920.

L'intervention semble légitime à l'auteur mais avant de la tenter, il faut attendre pendant plusieurs heures, voir même pendant une journée, les effets du traitement médical et n'intervenir qu'en cas d'échec de celui-ci,

GUR, *Les hémorragies aiguës au cours des ulcères et des ulcérations de l'estomac et du duodénum*. Thèse de Paris, 1921.

La répétition des hémorragies malgré le traitement médical est une indication à opérer avant que le malade ne soit pas trop épuisé.

L'auteur conseille la thermo-cautérisation suivant le procédé de Balfour pour les ulcères mobiles ; une opération d'hémostase indirecte en cas d'ulcère pénétrant.

S'il n'existe aucune lésion apparente à la surface extérieure de l'estomac, il faut faire une gastrotomie, rechercher la source de l'hémorragie et assurer l'hémostase directe.

A. MULLEDER, *Archiv. für Klinische Chirurgie.*

t. 124, fasc. 1, 12 avril 1923.

Mulleder a observé 9 cas d'hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum. Dans 3 cas, il s'agissait de malades chez qui les hémorragies extrêmement abondantes, venaient d'une artère ouverte au fond de l'ulcère.

L'auteur conseille d'intervenir si les hémorragies se répètent malgré le traitement médical. La résection est toute indiquée. Quelquefois pour un ulcère de la petite courbure, avec état général très grave, on pourra se contenter de lier les vaisseaux qui l'entourent; cela simplifie et abrège beaucoup l'intervention.

Parfois aussi la suture des bords de l'ulcère par l'intérieur de l'estomac pourrait exclure celui-ci pendant un temps suffisant pour que le suc gastrique ne vienne pas détruire le thrombus encore fragile. Cependant la résection reste la méthode de choix.

RAMSTEDT, *Zentralblatt für Chirurgie,*

t. 51, n° 114, 15 mars 1924.

Ramstedt n'intervient qu'après échec complet du traitement médical. Il pense que la résection est une intervention bien grave chez un malade exsangue : il en est de même de l'ouverture de l'estomac et de l'hémostase directe. Le résultat de la gastro-entérostomie simple est incertain.

Dans un cas où l'ulcère siégeait à la région duodéno-pylorique, Ramstedt a fait l'exclusion de la région malade par une double ligature à la soie modérément serrée (juste suffisamment pour que les deux faces muqueuses s'appliquent avec une légère pression l'une sur l'autre) puis la gastro-entérostomie. Le résultat a été parfait, et l'auteur déclare l'opération rapide, facile et efficace.

Quand l'ulcère siège à la petite courbure, il fait également une sorte d'exclusion au moyen de sutures en capiton qui accolent l'une à l'autre les deux parois antérieure et postérieure de

l'estomac; entre les points de cette suture, on a soin de laisser de petits espaces libres pour assurer la nutrition des tuniques gastriques.

F. ERKES, *Zentralblatt für chirurgie*, t. 51, n° 28,

12 juillet 1924.

Erkes emploie le procédé recommandé par Kraft puis Seidel, consistant dans l'encerclement par une suture circulaire périphérique des ulcères gastriques qui saignent.

Dans deux cas d'hémorragies aiguës, il a obtenu une guérison complète et durable.

Les fils de la suture d'encerclement sont laissés longs et noués ensuite deux à deux de façon à invaginer l'ulcère; par dessus on fait encore une suture d'enfouissement ou une épiplooplastie, ce qui met à l'abri de tout danger de perforation.

U. PICCININI, *Il Policlinico* (sez. pratica, an. XXXI, fasc. 26,

30 juin 1924.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 56 ans, atteint d'hématémèses graves et répétées malgré le traitement médical. Devant l'état général grave, on se décide à intervenir sous rachianesthésie.

A la hauteur du cardia, sur le tiers supérieur de la petite courbure, on trouve une zone d'aspect cicatriciel, de ferme consistance au toucher, sauf en sa partie centrale qui paraît très mince. On détruit au thermocautère toute la zone cratériforme, siège de l'ulcus; il se produit une perte de substance large comme une pièce de 10 centimes; double suture, ligature de la coronaire et de la pylorique. Guérison.

Piccini pense qu'il faut reviser la loi trop sévère de l'abstention en pareil cas :

1° Quand l'anamnèse permet de conclure à un ulcère dans une zone relativement accessible, l'opération est toujours indiquée en cas d'hématémèses aiguës profuses renouvelées;

2° L'opération de Balfour représente la meilleure opération d'après Piccinini.

HURST, *The Lancet*, t. 206, n° 5257, 31 mai 1924.

L'indication d'opérer d'urgence à cause d'une hémorragie, ne se pose pas. La seule indication opératoire admise par l'auteur, en période aiguë, est l'existence d'une hémorragie grave et persistante chez un sujet âgé, ayant des antécédents d'ulcère chronique, et dont les artères sont sans doute trop altérées pour faire une hémostase spontanée.

POINTHUD, *Contr. à l'étude des indications du traitement des hémorragies aiguës de l'ulcus gastro-duodénal*. Thèse d'Alger, 1924.

Pointhud a réuni, de 1920 à 1924 une statistique portant sur 13 opérations, avec une seule mort (7,8, p. 100).

L'auteur conseille d'intervenir à la première hémorragie aiguë.

CLAIRMONT, *Schweiz. med. Wochenschr.*, t. 54, n° ,
28 février 1924.

Dans la statistique présentée, on trouve 15 opérations pour hémorragies profuses, avec 6 morts (40 p. 100).

DE VEREBÉBY (Budapest), *Orvosi Hetilap*, t. 69, n° 38,
30 sept. 1925.

Cinq interventions pour hémorragies aiguës avec une mortalité de 20 p. 100.

Hesse, *Deutsche med. Wochenschrift*, t. 52, n° 15,
9 avril 1926.

De 1919 à 1925, sur 350 opérations gastriques, Hesse relève 7 interventions pour hémorragie, après échec du traitement médical. Ces interventions ont donné 5 succès et 2 morts, soit une mortalité de 28,57 p. 100.

Les opérations se répartissent en :

Billroth I, trois fois avec 1 mort.

Billroth II, deux fois sans mortalité.

Gastro-entérostomie. Deux fois avec 1 mort.

Les conclusions de Hesse sont les suivantes :

L'hématémèse aiguë unique et foudroyante est justifiable du traitement médical avec des petites transfusions.

L'hématémèse aiguë répétée nécessite l'opération qui doit être pratiquée de préférence dans l'intervalle d'amélioration entre deux hémorragies et suivie d'abondantes transfusions.

BOHMANSSON, *Acta Chir. Scandinavica*, vol. 60,
supplément VII, 1926.

Dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës une opération aussi précoce que possible s'impose toutes les fois que l'anamnèse indique un ulcère chronique. La résection doit être préférée chaque fois que l'état du malade le permet.

Jusqu'à 1927, Bohmansson a fait 31 interventions avec une mortalité de 20 p. 100 (*in* Thèse François. Bordeaux, 1927). Beaucoup de ces malades ont été opérés tardivement, alors qu'il restait bien peu de chance de les sauver.

Dans les ulcérations aiguës de la muqueuse avec hémorragie menaçant l'existence, on ne doit opérer que sur une indication vitale.

POTOTSCHNIG, *Archivio italiano di chirurgia*,
t. 13, fasc. 2, août 1927.

Pototschnig pense que dans l'hémorragie unique, il faut recourir au traitement médical, et que l'opération d'urgence ne s'impose que dans les hémorragies profuses, répétées, se renouvelant à intervalle de quelques heures ou de quelques jours et ne cédant pas aux moyens médicaux.

Pototschnig préconise la résection gastro-duodénale. Il a opéré 7 cas (6 hommes et 1 femme) de grande hémorragie ulcéreuse ; il a employé 4 fois le procédé de Péan-Billroth et 3 fois le procédé de Billroth II. L'ulcère siégeait 2 fois à la petite courbure, pénétrant dans le petit épiploon ou le pancréas et 5 fois au duodénum ; parmi ces ulcères duodénaux, 4 étaient multiples.

Parmi ces 7 malades, 2 ont été réellement opérés « d'urgence » en pleine hémorragie. L'un qui a présenté 7 hématémèses abondantes en 38 heures est mort, mais il avait, outre son ulcère duodénal, une grave lésion cardiaque.

Parmi les 5 autres malades, 3 ont été opérés le 3^e jour après la dernière hématomèse, ; un autre a été opéré le 10^e jour ; enfin, dans un dernier cas, les hémorragies ne semblaient pas avoir été très abondantes et l'indication opératoire immédiate paraît avoir été fournie par la violence des douleurs faisant redouter l'imminence d'une perforation.

SCHWARTZ (Rostock), *Münchener med. Wochenschrift*,
1926, n° 3.

Le traitement médical est à essayer pendant quelques heures. En cas d'échec de celui-ci, et si les antécédents ulcéreux sont nets, opération précoce. Résection si c'est possible, ligature et excision si l'état général du malade est mauvais.

STRAUCH, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1927 n° 4.

L'auteur conseille le traitement chirurgical précoce en cas d'hémorragies répétées malgré le traitement médical. La résection est l'opération de choix.

EISELSBERG, *Acta Chir. Scandinavica*, tome 59, 1925-1926, p. 73.

L'auteur conteste la nécessité d'une opération d'urgence dans ces cas, et se déclare partisan du traitement médical.

MOYNIHAN, *L'ulcère gastrique et Duodéal*,
traduction de Pauchet, Paris 1924.

L'auteur pense actuellement qu'en cas d'hémorragie l'opération d'urgence est rarement indiquée. Le traitement médical doit être appliqué, complété par des transfusions répétées. Le malade ne sera opéré qu'ultérieurement.

BALFOUR, *The Journ. of the Am. med. Ass.* n° 20,
12 NOV. 1927.

Tire l'indication opératoire de la répétition des hémorragies profuses, et donne sa préférence à l'ablation radicale de l'ulcère, seule capable de prévenir les récidives.

MAYO ET WALTON

(cités par Balfour, la même référence bibliographique)

Sont partisans de l'intervention après la première hémorragie.

ANDRESEN, *Journal of the Amer. Méd. Ass.* 22 oct. 1927.

L'auteur est partisan de l'opération si les hémorragies graves se répètent à intervalles rapprochés malgré le traitement médical sévère.

FRANÇOIS, *Les hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum (Indications opératoires et traitement chirurgical)*. Thèse de Bordeaux, 1927.

François adopte les principes de Finsterer. Le même auteur rapporte dans sa thèse 16 observations inédites, dont 7 personnelles.

Les observations se répartissent ainsi :

1^o *Ulcères gastriques* :

Thérapeutique instituée	Nombre	Morts	Guéris
Gastro-entérostomies.....	3	3	0
Gastrectomies (Billroth II, Kocher).....	3	0	3
Laparotomies exploratrices.....	1	1	0
Traitement médical.....	2	2	0

2^o *Ulcères duodénaux* :

Gastro-entérostomies et exclusion.....	1 cas avec 1 mort.
Gastro-pylorectomie (Billroth II, Kocher).....	3 cas sans mort.
Traitement médical.....	3 cas avec 3 mort.

MARIO DONATI (Turin), *Annales de médecine et de chirurgie*, tome I, n^{os} 2 et 3, fasc. 1, 1928.

Mario Donati ne partage pas l'opinion de ceux qui considèrent l'hémorragie unique comme indication d'opération d'ur-

gence, mais celle-ci peut devenir nécessaire, l'orsqu'il résulte des examens précédents qu'il s'agit d'ulcère calleux pénétrant ou lorsque les hémorragies intenses se répètent à de courts intervalles, faisant courir le risque d'amener le malade à l'exitus fœtal.

L'auteur rejette la gastro-entérostomie comme insuffisante et préfère l'ablation de l'ulcère.

Mario Donati rapporte 3 cas opérés après échec complet du traitement médical.

Le premier : un ulcère de la petite courbure, le deuxième cas : ulcère de la première portion du duodénum, et le troisième : ulcère peptique 5 ans après une gastro-entérostomie, siégeant sur l'anse afférente.

L'opération exécutée fut dans tous les 3 cas la résection gastro-duodénale.

L'opéré d'ulcère duodénal a succombé à l'improviste, neuf jours après l'opération, par embolie pulmonaire.

L'opéré pour hémorragie aiguë d'ulcère peptique, est décédé après 24 heures par choc. L'autre cas a guéri.

XIII

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Ces trois observations proviennent du service de notre maître, M. le Docteur Hertz, Chirurgien de l'hôpital de Rothschild.

OBSERVATION I

C..., homme, âgé de 32 ans.

Indications opératoires — Le malade a été transporté d'urgence à l'hôpital le 13 mai 1925, à la suite d'hématémèses aiguës répétées. Littéralement saigné à blanc, il répond mal aux questions posées.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis quatre ans, mais n'a jamais présenté auparavant ni hématémèses, ni melaena.

Opération.—Le 15 mai 1925. Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère duodénal juxtapylorique à un cm. du pylore.

Il existe tout autour de cet ulcère duodénal une peri-duodénite et épiploïte qui fixe la vésicule sous le bord inférieur du pylore. Cet ulcère duodénal donne une sensation d'induration qui rappelle les ulcères calleux épigastriques.

Etant donné l'état du malade, la difficulté évidente de mobiliser ce duodénum tendu, on pratique une gastro entérostomie postérieure.

L'ouverture de la cavité gastrique montre une muqueuse excessivement blanche, anémique.

Suites immédiates : guérison sans incidents.

L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Suites tardives : Revue le 10 oct. 1925.

A engraisé de 10 kg., ne souffre plus, pas de vomissements ; suit un régime.

OBSERVATION II

T..., homme, âgé de 22 ans.

Indications opératoires. — En observation dans le service pour

ulcère de l'estomac, le malade présente le 27 septembre 1927 une hématomèse très abondante, suivie de melaena profus. Le malade est très pâle, fortement anémié.

Antécédents de dyspepsie ulcéreuse depuis deux ans.

Opération. — Le 30 septembre 1927. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère cal-leux de la petite courbure juxta-pylorique.

Gastro-pyloréctomie. Billroth II.

Suites immédiates : guérison.

L'examen anatomo-pathologique (D^r Lelièvre) montre qu'on a affaire à un épithélioma gastrique.

OBSERVATION III

L..., homme, âgé de 32 ans.

Indications opératoires. — Crise douloureuse très violente suivie d'une hématomèse abondante il y a 8 jours. Depuis cette date melaena continué profus. Malade très pâle, en état d'anémie aiguë. Les soins médicaux ne procurent qu'une amélioration pas-sagère.

Antécédents. — Début il y a quatre ans par des douleurs épigas-triques et hématomèses. Rémission pendant deux ans, puis nou-velles crises douloureuse suivies de melaena abondant. Il y a 15 jours crise très violente avec douleur en broche et hématomèse aiguë.

Opération. — Le 21 février 1928, Anesthésie générale au pro-toxyde d'azote.

Laparotomie médiane sus-ombilicale ; on tombe sur un ulcère de la face antérieure du duodénum, juxta-pylorique. La première portion du duodénum est très dilatée.

Décollement colo-épiploïque.

Gastro-pyloro-duodénectomie large et gastro-entérostomie pos-érieure.

Suites immédiates. — Guérison sans incident.

Suites tardives. Revue en janvier 1929. Va tout à fait bien, sup-porte tous les aliments.

Anatomo-pathologique. — La pièce opératoire ouverte, on voit un ulcère assez profond de la face antérieure du duodénum : juxta-pylorique. Muqueuse pâle, paroi amincie, translucide.

CONCLUSIONS

1^o Il est classique d'admettre que la mortalité du traitement médical des hémorragies gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse n'est que de 5 à 8 p. 100.

Les statistiques homogènes des auteurs modernes basées uniquement sur des cas d'hémorragies aiguës, ont démontré qu'en réalité la mortalité du traitement médical est sensiblement plus élevée.

2^o Le traitement médical est presque toujours efficace dans les hémorragies aiguës dues à un ulcère récent ou à des ulcérations aiguës; par contre il échoue fréquemment quand il s'agit d'un ulcère calleux, et reste presque toujours sans action en cas d'ulcère pénétrant avec érosion d'un gros tronc extra-pariétal;

3^o Dans la majorité des cas les hémorragies qui entraînent la mort sont celles qui se répètent à bref intervalle malgré le traitement médical sévère;

4^o Au moment de la première hémorragie le traitement médical doit être appliqué dans tous les cas.

Si les antécédents du malade autorisent à penser à l'érosion d'un gros vaisseau par un ulcère pénétrant, le traitement médical ne doit être poursuivi que pendant quelques heures, juste le temps nécessaire à améliorer l'état de choc. On profitera alors de cette amélioration souvent passagère pour intervenir sans tarder.

En cas d'ulcère présumé calleux mais non pénétrant, et à plus forte raison si l'on pense à un ulcère récent, le traitement médical exclusif doit être d'abord appliqué; ou n'interviendra que si ce traitement échoue.

5^o L'indication opératoire sera fournie par une hémorragie grave et persistante ou par des hémorragies profuses répétées à intervalles rapprochés malgré les soins médicaux complétés par une transfusion de sang.

L'opération doit être précoce.

6° L'opération de choix pour les ulcères gastriques bas situés est la gastro-pylorectomie lorsque le malade est en état de la supporter.

Si l'opération radicale est impossible à cause de l'état général précaire dans lequel se trouve le malade, on s'adressera à des opérations moins choquantes : excision d'ulcère associée à la ligature des vaisseaux du territoire saignant ; gastro-entérostomie en cas d'ulcère pylorique avec sténose.

Les ulcères haut situés pourront être traités par la thermocautérisation si l'ulcère est jeune, par l'excision, s'il est calculeux.

S'il s'agit d'un ulcère du duodénum on peut recourir à un procédé facile et efficace : gastro-entérostomie avec exclusion du pylore, suivie de la ligature de l'artère gastro-duodénale ; puis compression directe de l'ulcère de dehors en dedans avec un gros tampon de gaze, recommandée par Finsterer.

7° Si l'exploration minutieuse et complète de la surface extérieure de l'estomac et du duodénum ne révèle aucun ulcère visible ou palpable, en dépit des antécédents de dyspepsie ulcéreuse, on doit recourir à la gastrotomie exploratrice. L'examen attentif de la muqueuse permettra souvent de découvrir la source de l'hémorragie et de faire l'hémostase directe par ligature du vaisseau ou par enfouissement de la lésion ;

8° Grâce aux progrès techniques de la chirurgie gastrique, un traitement chirurgical ainsi conçu donne de bons résultats.

La statistique opératoire récente de Finsterer, basée sur des interventions précoces, n'indique qu'une mortalité de 6 p. 100.

9° La transfusion de sang est indiquée après l'opération.

Le traitement médical post-opératoire restera le plus précieux adjuvant du traitement chirurgical précoce dans tous les cas, mais surtout lorsqu'il n'y a pas eu intervention radicale.

Vu : le Président de la thèse,
HARTMANN.

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

De nombreuses références bibliographiques sont annexées au texte. Nous ne les reproduirons pas ici.

Nous n'avons fait que signaler les principaux ouvrages parus sur la question jusqu'en 1920. A partir de cette date nous avons recueilli toutes les publications intéressant notre sujet.

- Alberts.* — Deutsche Zeitschr. f. chir., t. 130, nos 3-4, 1914.
Achard. — Journal des Praticiens, n° 25, 18 juin 1927.
Andresen. — Journ. of the Am. med. Ass., 22 oct. 1927.
Bakes. — Arch. f. Klin Chir., t. 76, 1905, p. 1149.
Balfour. — Journ. of the Am. med. Ass., 23 août 1917.
 — Journ. of the Amer. med. Ass., n° 8, 1919.
 — Journ. of the Amer. med. Ass., n° 20, 1927.
Bastedo. — New-York State Journ. of Med., n° 6, 1927.
Berner. — Norsk Magazin for Laegevidens Kaben, t. 86, n° 12
 déc. 1925. (Résumé in journal de Chir. t. 28, p. 335.)
Binet. — Progrès Médical, n° 24, 1926.
Bohmensson. — Acta Chir. Scandinarica, t. 60, 1926.
Bonniat. — Dauphiné Med., t. 46, n° 2, 1926.
Borszéky. — Beitr. zur Klin. Chir., t. 57, 1908.
 — Budapesti Orvesi Ujsag, n° 6, février 1911.
Bulmer. — Birmingham med. Rew., nov. 1927.
Butler d'Ormond. — La Clinique, déc. 1928 B. n° 116.
Camelot et Courty. — Journ. des Sciences. med. de Lille, 1923.
Carnot, Harvier, Mathieu. — Les ulcères digestifs. Paris, 1922.
Castaigne et Dujarier. — Congrès Français de médecine, 1907.
Cazin. — Paris Chirurgical, 1920.
Clairmont. — Schweiz. med. Wochenschr., t. 54, n° 9, 1924.
Collin. — L'ulcère du duodénum. Thèse de Paris, 1894.
Connel. — New-York med. Journ., 1905.
Coryn. — Ann. de la Soc. Belge de Chir., mai 1925.
Courty. — Journ. des Sciences med. de Lille, 1920.
Deaver. — Surg. Gyn. And. Obst., 1914.
 — Surg. Gyn. And. Obst., t. 18, n° 3, 1924.
Decker. — Münch. Med. Wochenschr., oct. 1920.
Delore et Santy. — Lyon Chir., mars 1914.

Delore et de Girardier. — La Presse Médicale, t. 36, n° 69, août 1928.

— Revue de Chir., t. 47, 1928, n° 6.

Dieulafoy. — Clin. Med. de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1898.

— Presse Médicale, 1898, p. 29.

Dubois. — L'ulcère calleux chez les gens âgés. Thèse de Lyon, 1920.

Einhorn. — Med. Journ. And. Record, 4 sept. 1926, n° 5.

Von Eiselsberg. — Acta Chir. Scand., t. 59, 1925-1926.

Erkes. — Zentralblatt f. Chir., t. 51, n° 28, 1924.

Ewald. — Deutsche med. Wochenschr., 1907.

Finsterer. — Beitr. zur Klin. Chir., 1909, XCI.

— Beitr. zur Klin. Chir., t. 65, fasc. 3, 1919.

— Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 158, 1920.

— Arch. für. Verdauungskr., t. 28, 1921.

— Wiener Klin. Wochenschr., t. 25, 1922.

— Wiener Med. Wochenschr., t. 72, n° 20, 1922.

— Wiener Med. Wochenschr., n° 47, 1924.

François. — Leshém. aiguës de l'estomac et du duodénum. Thèse de Bordeaux, 1927.

Godel. — Wiener Klin. Wochenschr., 1924.

Gur. — Les hém. aiguës au cours des ulcères et des ulcérations de l'estomac et du duodénum. Thèse de Paris, 1921.

Von Haberer. — Wiener med. Wochenschr., 9 et 16 nov. 1912.

— Deutsche Zeitschr. für chir., 1922, t. 172, p. 1.

Hartmann. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Paris, 1^{re} et VII^e série.

Hastings. — Med. Chir. Trans (London), 1907, p. 335.

Heile. — Berliner Klin. Wochenschr., 1909.

Hesse. — Deutsche Med. Wochenschr., t. 52, n° 15, 1926.

Hirschel. — Münch. Med. Wochenschr., 1907.

Houdard. — Ulcère simple de l'estomac. Thèse de Paris, 1912-1913.

Houillon. — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1920.

Huguier. — Journal des Praticiens. 24 janv. et 6 nov. 1920.

— Journal des Praticiens, 1925.

Hurst. — The Lancet, t. 206, n° 5.257, 1924.

Kaufmann. — The Am. Journal of the Med. Sciences, juin 1910.

Kaue. — Deutsche Zeitschr. für Chir., 1901-1902.

Kelling. — Münchener Med. Wochenschr., déc. 1910.

— Münchener Med. Wochenschr., 15 oct. 1920.

König. — Deutsche Med. Wochenschr., n° 17, 1927.

Kraft. — Arch. für Klin. Chir., 1910.

Krenze. — Beitr. zur Klin. Chir., 1906.

- Laurent*. — Contr. au traitement des gastrorragies. Thèse de Montpellier, 1906.
- Lecène, Leriche*. — Thèse. Chir. Paris, 1926, t. III.
- Leclerc*. — Arch. franco-belges de Chir., 1923.
- Lefèvre et Jouchères*. — Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1926.
- Lejars*. — Chir. d'urgence.
- Leriche*. — Ulcère hémorragique de l'estomac. Thèse de Paris, 1907.
- Lostalot*. — Soc. de Chir. de Paris, 1925.
- Lubetzky*. — De la résection de l'estomac dans l'ulcère et ses suites. Thèse de Paris, 1912-1913.
- Mensell-Moulin*. — The Lancet, oct. 1900.
- Mario Donati*. — Ann. de Méd. et Chir., t. I, nos 2 et 3, fasc. 1. Paris, 1928.
- Marion*. — De l'interv. chir. dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse de Paris, 1897.
- Mayo Robson*. — The Lancet, 1901.
- Menu*. — Traitement d'urgence des hém. gastriques graves par la jéjunostomie. Thèse de Lyon, 1923.
- Meyer*. — Med. Clin. North Am., juillet 1927.
- Mikulicz*. — 26^e Congrès Allemand de Chir. (1897) et Berliner Klin. Wochenschr., 1897.
- Miller*. — The British med Journ., 5 mars 1927.
- Momburg*. — Deutsche med. Wochenschr., n° 38, 17 sept. 1926.
- Magnihan*. — Internat. Clin., 1903 ; British med. Journal, 1905 ; The Lancet 1906 ; Duodénal ulcer. London, 1910.
- L'ulcère gastrique et duodénal. Traduction de Pauchet. Paris, 1924.
- Müllender*. — Arch. für Klin. Chir., t. 74, fasc. 1, 1923.
- Nielsen*. — Acta Chir. Scand., t. 55, 1922, n° 1.
- Okinczyk*. — 37^e Congrès Français de Chir. Paris, 1928.
- Patel et Mallet-Iny*. — Soc. nat. de med. et des sciences med. de Lyon, 17 oct. 1923.
- Pathault*. — L'ulcus hémorragique chez le vieillard. Thèse de Paris, 1907.
- Patterson*. — Policl. London, 1906.
- Proceedings Royal med. soc. London, 1924, t. 17, sect. chir.
- Pauchet*. — Communication au 33^e Congrès Français de Chir. Paris, 1924.
- La clinique, 1927, oct.
- Pauchet, Luquet et Hirschberg*. — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Paris, 1929.
- Payer*. — Wiener Klin. Wochenschr., n° 9, 1910.
- Peck*. — Journ. of the Am. med. Ass., 1909.

- Perigord.* — L'ulcère pénétrant de l'estomac. Thèse de Paris, 1926.
Petren. — Beitr. zur Klin. Chir., t. 76, 1924.
Piccinini. — Il Policlinico, fasc. 26, 1924.
Pointhud. — Indications du traitement des hém. aiguës de l'ulcus gastro-duodénal. Thèse d'Alger, 1924.
Pototschnig. — Arch. Italiano di chir., 1927.
Prat. — Soc. de Med. et de Climatologie de Nice, nov.-déc. 1924.
Quenu. — Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris, 1904.
Ramond (F.). — Les maladies de l'estomac et du duodénum. Paris, 1927.
Roshem. — De l'intervention dans l'ulcère hém. de l'estomac et du duodénum. Thèse de Lyon, 1913-1914.
Rubritius. — Beitr. zur Klin. Chir., avril 1910.
Savariand. — De l'ulcère hém. de l'estomac et de son traitement chir. Thèse de Paris, 1898.
Schwartz. — Münchener Med. Wochenschr., t. 73, n° 3, 1926.
Strauch. — Deutsche Med. Wochenschr., 21 janv. 1927.
Taylor. — The Dublin Jour. of med. sciences, n° 455, nov. 1909.
(Résumé in Journal de chir., 1910).
Thompson. — Annales of Surgery, mai 1913.
Tuffier et Jeanne. — Revue de Chir., 1905.
Wagner. — Zentralblatt f. Chir., n° 23, 1924.
White. — The Lancet, 3 nov. 1906.
Woolsey. — New-York med. Journal, mars 1918.



